

Cour des comptes



Chambres régionales  
& territoriales des comptes

# LA RÉMUNÉRATION DES AGENTS PUBLICS EN ARRÊT MALADIE

Fascicule 1 : rapport

Communication à la commission des finances, de l'économie  
générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale

Juin 2021



# Sommaire

<b>PROCÉDURES ET MÉTHODES</b> .....	<b>5</b>
<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>7</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>17</b>
<b>CHAPITRE I DES ARRÊTS MALADIE EN HAUSSE, UN IMPACT IMPORTANT</b> .....	<b>21</b>
<b>I - UNE CROISSANCE SOUTENUE DES ARRÊTS DE TRAVAIL DES AGENTS PUBLICS</b> .....	<b>21</b>
A - Une harmonisation de la connaissance des arrêts maladie nécessaire .....	21
B - Une tendance haussière du nombre et de la durée des arrêts maladie, plus marquée dans la fonction publique territoriale.....	23
<b>II - UN IMPACT MESURABLE DES ARRÊTS MALADIE ÉLEVÉ</b> .....	<b>27</b>
A - Le nombre de jours non travaillés pour arrêt maladie entre 241 000 et 252 000 ETP .....	27
B - Les dépenses en heures supplémentaires et en remplacements dues aux arrêts maladie que très rarement connues .....	31
<b>CHAPITRE II DES RÈGLES COMPLEXES DE RÉMUNÉRATION DES ARRÊTS MALADIE, DES PROCESSUS PEU EFFICIENTS</b> .....	<b>35</b>
<b>I - UNE MOSAÏQUE DE RÈGLES DE RÉMUNÉRATION EN ARRÊT MALADIE</b> .....	<b>35</b>
A - La rémunération des agents titulaires différente selon les employeurs .....	35
B - La rémunération des agents contractuels calquée sur le régime général .....	37
C - L'impact significatif de la composition du salaire sur la rémunération de remplacement .....	38
<b>II - UNE GESTION DES ARRÊTS, DIFFICILE POUR L'EMPLOYEUR, PEU LISIBLE POUR LES AGENTS, À SIMPLIFIER</b> .....	<b>40</b>
A - De nombreuses sources de complexité et de retards dans les processus .....	40
B - Des outils de gestion peu adaptés au besoin des employeurs.....	42
C - Des retards peu acceptables pour les agents et sources d'une lourdeur accrue .....	44
<b>III - LE MANQUE DE FLUIDITÉ DES OUTILS INFORMATIQUES</b> .....	<b>45</b>
A - Une dématérialisation trop insuffisante des flux de données .....	45
B - Une disponibilité des données réduite et tardive, gênant le pilotage des employeurs.....	47
<b>IV - POUR AFFRONTER LA CRISE SANITAIRE, DES CHOIX PRAGMATIQUES ET EFFICACES, PILOTÉS DANS L'URGENCE</b> .....	<b>48</b>
A - Un dispositif inédit en évolution constante .....	49
B - Une mise en œuvre pilotée au gré des circonstances .....	52
C - Un impact global difficile à appréhender .....	54
<b>CHAPITRE III RENFORCER LA MAÎTRISE DES ARRÊTS MALADIE</b> .....	<b>59</b>
<b>I - INFLÉCHIR L'ÉVOLUTION DES ARRÊTS DE COURTE DURÉE</b> .....	<b>59</b>
A - Être plus volontariste contre la propagation des maladies saisonnières.....	59
B - Activer avec discernement l'incitation financière en complément des autres dispositifs .....	61
C - Contrôler pour conforter l'ensemble du dispositif de maîtrise des arrêts maladie .....	67

<b>II - MENER DES ACTIONS DE PRÉVENTION PLUS COHÉRENTES POUR LES ARRÊTS DE LONGUE ET MOYENNE DURÉES.....</b>	<b>69</b>
A - Appliquer et compléter les politiques de santé et de sécurité au travail.....	69
B - Prévenir la désinsertion professionnelle.....	72
<b>III - RENDRE PLUS EFFICACE L'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....</b>	<b>75</b>
A - Diminuer les cas de saisine du futur conseil médical.....	76
B - Faciliter la mutualisation de la médecine de prévention.....	77
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>81</b>

Les 15 annexes de cette enquête forment le fascicule 2 de la présente communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale.

## Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

\*  
\*\*

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, par lettre du 23 juin 2020, en application du 2° de l'article 58 de la LOLF, d'une demande d'enquête portant sur « la rémunération des agents publics en arrêt maladie ». Cette demande a été acceptée par le Premier président, par une lettre datée du 28 juillet 2020, qui a précisé les modalités d'organisation des travaux demandés à la Cour (cf. annexe n° 1).

Cette enquête a été conduite par la formation commune « Fonction publique », qui comprend des membres des six chambres de la Cour des comptes et des représentants des chambres régionales et territoriales des comptes. Elle porte sur les trois versants de la fonction publique : fonction publique d'État, fonction publique hospitalière et fonction publique territoriale. Le périmètre retenu en termes de population comprend l'ensemble des agents publics, y compris les agents contractuels, hors personnels militaires. Sur le plan territorial, les territoires de l'outre-mer et les agents en poste à l'étranger ont été exclus du champ de l'enquête.

Le lancement des travaux de la Cour a été notifié aux administrations et organismes publics concernés par lettres en date du 25 septembre 2020, du 13 octobre 2020, du 24 novembre 2020 et du 15 janvier 2021. D'un commun accord avec le président de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, la date de remise du présent rapport a été fixée à la fin du mois de juin 2021.

Outre les administrations auxquelles l'enquête a été notifiée, les rapporteurs ont veillé à rencontrer les représentants des associations d'employeurs publics et ceux des organisations syndicales représentatives. Ils ont également échangé avec des entités disposant d'une expertise sur le sujet traité (telles que l'ANACT ou la MGEN, par exemple).

Au total, les travaux des rapporteurs se sont appuyés sur des entretiens avec chacune des entités contactées, soit un total de 30, l'analyse des réponses reçues aux questionnaires envoyés, ainsi que sur les documents communiqués dans le cadre de ces échanges écrits et oraux.

Ces éléments ont été complétés par l'utilisation des statistiques disponibles au niveau national, qui sont pour l'essentiel tenues à jour par la DGAFP avec l'aide de l'Insee, ainsi que par la CNAM pour le régime général ; les constats sectoriels ou locaux figurant dans des travaux déjà réalisés, soit par la Cour, soit par les chambres régionales des comptes ; des études de cas, en nombre limité du fait du contexte de la crise sanitaire, auprès d'administrations de l'État et de collectivités locales dans le cadre de contrôles d'ores et déjà ouverts par les CRC, aux fins de dégager des constats opérationnels sur la thématique (compte tenu du contexte de la crise sanitaire, les hôpitaux n'ont cependant pas fait l'objet d'études de cas) ; les réponses à une enquête adressée à près d'une trentaine de collectivités de taille importante ; les réponses à un questionnaire adressé par la Cour à ses homologues d'Allemagne, du Royaume-Uni, d'Italie, d'Espagne et des Pays-Bas ; les nombreux rapports récents sur le sujet, notamment ceux remis au Premier ministre en 2019 et les rapports d'inspections générales.

\*

\*\*

Le projet de rapport a été délibéré, le 1<sup>er</sup> juin 2021 par la formation commune interjuridictions présidée par M. Barbé, et composée de MM. Lefebvre et Guibert, Mme Soussia, MM. Fulachier, Homé et Advielle, conseillers maîtres, M. Collin conseiller maître en service extraordinaire, M. Magnino, président de section en chambre régionale des comptes ainsi que, en tant que rapporteur général, M. Jérôme Véronneau, conseiller référendaire, Mme Clotilde Merlus, rapporteure extérieure, et en tant que contre-rapporteur, M. Denis Soubeyran, conseiller maître.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 17 juin 2021 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale, MM. Morin et Terrien, Mme Podeur, MM. Charpy et Gautier, présidents de chambre et Mme Hirsch, Procureure générale, entendue en ses avis.

## Synthèse

Les arrêts de travail pour maladie des agents publics, parfois assimilés à l'absentéisme alors qu'ils n'en constituent qu'un sous-ensemble<sup>1</sup> (environ la moitié des absences des enseignants par exemple) ont un impact important sur le fonctionnement, l'efficacité, le coût et enfin l'image des services publics. Ils connaissent depuis plusieurs années une tendance à la hausse qui touche, en nombre de jours et en durée, certes à des degrés divers, les trois versants de la fonction publique, selon une évolution que le secteur privé connaît également.

Les arrêts de travail pour maladie de courte durée peuvent perturber de façon importante la vie quotidienne des services publics, en altérant parfois significativement la qualité du service rendu aux usagers. Ceux-ci en retirent une appréciation souvent exagérément dépréciative sur le niveau d'ensemble des prestations publiques et l'administration pourrait plus efficacement remédier aux effets des arrêts pour maladie de moyenne et longue durées, par le jeu des remplacements ou de réorganisations temporaires. Ces arrêts soulèvent également d'importantes questions en matière de prévention des risques et de désinsertion professionnelle.

Les pouvoirs publics se sont emparés de ces enjeux dont la portée va au-delà des questions de gestion administrative : ils soulèvent aussi des questions relatives aux conditions d'exercice de leurs responsabilités par les décideurs publics, gestionnaires de personnel, ainsi que des questions, encore plus déterminantes, liées à l'état de santé des agents publics, dont la population est vieillissante. Aussi, des négociations sociales sont en cours en vue d'élaborer un plan santé au travail dans la fonction publique. De même, un accord de méthode a été signé le 3 juin dernier en vue de généraliser la protection sociale complémentaire des agents publics.

Par ailleurs, l'état d'urgence sanitaire lié à la covid 19 a conduit les pouvoirs publics à prendre des mesures exceptionnelles de gestion des agents publics, en premier lieu le recours à un dispositif inédit d'autorisation spéciale d'absence (ASA) ayant pour objet de protéger les agents vulnérables, et tirer les conséquences de certaines mesures de confinement. Ces mesures ont créé des situations d'arrêt de travail en lien avec la préservation de l'état de santé, sans être pour autant des arrêts maladie *stricto sensu*.

C'est dans ce contexte mouvant que s'inscrit le rapport demandé par le président de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, par lettre du 23 juin 2020, en application du 2° de l'article 58 de la LOLF, sur « la rémunération des agents publics en arrêt maladie ».

\*\*

La Cour établit quatre constats majeurs : la tendance, depuis plusieurs années, à la progression des arrêts maladie dans la fonction publique, la grande diversité des règles de prise

---

<sup>1</sup> L'absentéisme au travail comprend, outre les absences pour raisons de santé, celles résultant des congés de maternité, de l'exercice du droit syndical, des conflits sociaux, du droit à la formation ainsi que les absences exceptionnelles ou pour tout motif.

en charge salariale des arrêts maladie, le défaut, transversal aux trois fonctions publiques, de fluidité du suivi des arrêts maladie, la gestion réactive des employeurs publics aux effets de la crise sanitaire.

### **Premier constat : des arrêts maladie en hausse**

Les arrêts pour maladie connaissent une croissance régulière et soutenue : dans l'ensemble de la fonction publique, le nombre de jours a progressé de 21 % passant en moyenne par agent de 10 jours en 2014 à 12 en 2019, soit de l'ordre de 11,9 millions de jours d'arrêts supplémentaires. Cette progression affecte en particulier les fonctions publiques territoriale (FPT) et hospitalière (FPH), qui connaissaient déjà les taux d'absence les plus importants.

Aussi, si le taux d'absentéisme pour maladie, mesuré par la part des salariés absents au moins un jour au cours d'une semaine pour raison de santé, est d'un peu moins d'un point supérieur dans l'ensemble de la fonction publique à celui du secteur privé, celui de la fonction publique d'État (FPE) lui est inférieur de 0,8 point, alors que celui de la FPT est de 2,3 points supérieur.

Cette situation tient tout autant à des sociologies différentes dans chacun des trois versants de la fonction publique (pyramides des âges et des catégories professionnelles, taux de féminisation, nature des métiers exercés) qu'à des facteurs très divers, tels que la part des emplois contractuels, la taille des structures ainsi que les régimes d'indemnisation des arrêts maladie. Au sein des structures d'emploi, la qualité du management et la satisfaction au travail expliquent aussi d'importantes variations.

Malgré des améliorations ces dernières années, les absences pour raisons de santé des agents publics ne font pas l'objet d'un décompte suffisamment harmonisé et centralisé. La Cour recommande de saisir l'opportunité des travaux de refonte des bases de données sociales des différentes administrations pour définir des indicateurs harmonisés communs aux trois versants de la fonction publique et mettre en place des outils plus performants de mesure des absences pour raisons de santé des agents publics.

La Cour a valorisé le total des journées non travaillées pour cause de maladie en se fondant sur deux sources. À partir de l'enquête « Emploi » de l'Insee, le total des arrêts maladie correspond à l'activité annuelle de 252 000 ETP et à des rémunérations brutes chargées de l'ordre 11,9 Md€. À partir des bilans sociaux, les journées non travaillées correspondent à l'activité annuelle de 241 000 ETP et à des rémunérations brutes chargées de l'ordre 11,1 Md€.

En complément de la valorisation des jours non travaillés pour cause d'arrêts maladies, la Cour a tenté de mesurer la dépense budgétaire pour assurer les remplacements des agents absents. Or, les motifs des remplacements et des heures supplémentaires n'étant pas précisément et uniformément renseignés par toutes les administrations, cette charge ne peut être calculée. Des données parcellaires existent : par exemple, pour le ministère de l'Éducation nationale, le budget de remplacement des agents en arrêt maladie, qui ne concerne que le premier degré d'enseignement et les absences supérieures à 15 jours dans le second degré, est de l'ordre de 2 Md€ sur une dépense totale de personnel de 68 Md€.

## **Deuxième constat : une pluralité de règles de rémunération, reflet de la grande diversité des situations**

La rémunération des agents publics varie selon qu'il s'agit de titulaires ou de contractuels. Elle varie aussi beaucoup selon la composition de la rémunération entre les parts indiciaires et indemnitaires, ainsi que selon les choix faits par les employeurs pour la partie indemnitaire du salaire.

La charge du régime des agents titulaires repose entièrement sur les employeurs publics. Pour les arrêts de maladie ordinaire, ce régime est fondé sur le maintien du traitement indiciaire (avec prélèvement d'un jour de carence) puis, au-delà de 90 jours sur une année glissante, du demi-traitement. Si, dans la FPE, le maintien des primes forfaitaires suit les règles de quotité du traitement indiciaire, il en va autrement dans la FPT, selon les décisions de chaque collectivité et, dans la FPH, de chaque établissement de santé. Les primes liées au service fait au-delà des cycles de travail, heures supplémentaires notamment, ne sont pas indemnisées au cours de la période d'arrêt maladie, contrairement à ce qui prévaut dans le régime général des salariés. Pour les arrêts maladie de longue durée, si le traitement indiciaire est maintenu plus longtemps, le régime indemnitaire est suspendu dès le premier jour. Ainsi, selon la structure de la rémunération des agents, les taux de remplacement durant les périodes d'arrêts maladie diffèrent de manière très significative.

Pour les agents contractuels, les règles du régime général s'appliquent, versement d'indemnité journalière de Sécurité sociale (IJSS) et application d'un délai de carence de trois jours. La durée et le montant d'indemnisation dépendent de la durée de la relation contractuelle avec l'employeur. Les agents contractuels en contrat depuis plus de trois ans bénéficient comme les agents titulaires d'un maintien de leurs rémunérations *via* des compléments versés par leurs employeurs. La souscription, majoritairement individuelle, d'une assurance couvrant la perte de salaire pendant les périodes d'arrêt maladie auprès d'une mutuelle de la fonction publique peut permettre aux agents de compléter ces indemnisations des employeurs et du régime général, mais elle dépend des choix et des capacités financières personnelles de l'agent public concerné.

Cette grande disparité n'est pas critiquée par la Cour car elle résulte de la coexistence, au sein des services publics, d'agents publics soumis à des règles distinctes selon leur statut et leur mode de rémunération. Elle résulte aussi du principe de libre administration des collectivités territoriales pour la FPT et du fait que la FPH est en réalité, à partir d'une base commune de principes généraux, une « fonction publique d'établissements ». La généralisation de la protection sociale complémentaire, dont les modalités de mise en œuvre sont en cours de négociation, pourrait cependant conduire à atténuer les différences constatées<sup>2</sup>.

## **Troisième constat : la nécessaire fluidification de la gestion, facteur commun aux trois versants de la fonction publique**

L'administration des arrêts maladie souffre d'une quasi-absence de dématérialisation des pièces justificatives et des flux de données. L'obligation de transmission dématérialisée des avis d'arrêts de travail par les médecins, prévue pour les salariés privés, devrait être étendue aux agents publics pour fluidifier et sécuriser la prise en compte des arrêts maladie dans les

---

<sup>2</sup> Les salariés du secteur privé connaissant eux aussi une grande diversité de taux de remplacement en fonction de la protection sociale complémentaire souscrite par leurs employeurs respectifs.

systèmes d'information des ressources humaines et par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour les agents contractuels.

Le passage à la déclaration sociale nominative (DSN) des administrations publiques, dans ses modalités actuelles, ne permet qu'une amélioration très partielle de la prise en charge des agents contractuels par le régime général : seules les données salariales font partie du flux de données, excluant les données relatives au début et à la fin des arrêts maladie. Cette carence doit être comblée pour que les employeurs publics tirent de la DSN des avantages équivalents à ceux des employeurs privés, c'est-à-dire être en grande partie déchargés de la gestion des arrêts maladie des agents contractuels.

La subrogation possible pour la gestion des agents contractuels, fréquemment utilisée dans la FPT et la FPH, n'est pas ouverte pour la FPE. Cette possibilité, efficiente et protectrice pour les agents, pourrait être généralisée à la FPE à la condition d'adapter les applications de gestion de paye, ce qui constitue un préalable particulièrement contraignant.

Les données d'arrêts maladie contenues dans les systèmes d'information des employeurs publics ne sont que trop peu utilisées comme outil de pilotage, soit pour accompagner les agents dans les processus complexes en cas de maladies de durée longue, soit à des fins de prévention. De plus, les données relatives aux motifs des arrêts maladie ne sont pas disponibles pour les employeurs publics alors que les CPAM les fournissent aux employeurs privés sous forme de statistiques anonymes. Les données relatives aux motifs d'arrêt maladie des agents publics devraient être collectées par les CPAM à des fins d'exploitation statistique pour documenter les plans de prévention des employeurs publics.

Au total, si la réglementation ne peut être substantiellement simplifiée, car elle constitue un point d'équilibre délicat entre droits des agents et des employeurs et prise en compte de la grande diversité des situations personnelles, les services gestionnaires devraient pouvoir disposer d'outils plus adaptés à la complexité inhérente à cette gestion et être plus professionnalisés. De même, les agents devraient être mieux accompagnés pour comprendre les processus en cours et surtout leurs conséquences sur leur situation financière.

### **Quatrième constat : un traitement pragmatique des absences liées à la crise sanitaire**

Les pouvoirs publics ont été réactifs pour s'adapter aux effets de la crise sanitaire sur la situation de leurs agents. Si les agents atteints de la covid 19 se sont vu appliquer les règles de droit commun des arrêts maladie, des dérogations ont été ouvertes pour l'application du jour de carence et la prise en charge des agents contractuels ne remplissant pas encore les conditions d'indemnisation. La covid 19, dans sa forme grave, a, par ailleurs, été ajoutée à la liste des maladies professionnelles.

Surtout, la crise sanitaire a entraîné un élargissement du périmètre des ASA et son adaptation permanente aux règles de confinement et d'isolement, qui a bénéficié principalement aux agents vulnérables, devant garder leurs enfants, ne pouvant pas télétravailler à leur domicile et pour lesquels l'aménagement de poste de travail était impossible. Pour les agents contractuels, la position d'ASA s'est combinée avec la mise en place d'IJSS en lien avec un arrêt de travail, l'employeur assurant le versement de compléments salariaux pour maintenir la rémunération. La déclaration auprès des CPAM a été laissée à la discrétion des employeurs.

Ces dispositifs inédits et pragmatiques semblent de façon générale avoir répondu aux besoins, au prix cependant d'une adaptation dans l'urgence des prises en charge par l'employeur. Leur utilisation a été peu mesurée et aucune appréciation qualitative de leur efficacité n'a été réalisée. Un dispositif de suivi a cependant été progressivement conçu par la direction de l'administration générale et de la fonction publique (DGAFP) mais pour la seule FPE. En mars 2021, il ressortait d'une enquête déclarative menée depuis octobre 2020 que les agents de l'État, hors enseignants, étaient pour environ 0,5 % d'entre eux en position d'ASA au moins un jour par semaine et qu'environ 3,4 % s'étaient déclarés atteints par la covid 19. Dans le champ de la FPT et de la FPH, peu de données de synthèse sont disponibles. Le contrôle de la correcte application des ASA à la situation des agents a fait l'objet de quelques initiatives des services des ressources humaines.

Au total, même si les données consolidées pour 2020 ne sont pas encore disponibles, la crise sanitaire liée à la covid 19 ne semble pas avoir accru le volume des arrêts maladie déclarés, en raison du recours élargi au dispositif d'ASA.

\*\*

Ces constats, et surtout la tendance haussière des arrêts pour maladie, conduisent à préconiser des actions résolues, notamment pour limiter ceux de courte durée.

La Cour insiste sur le fait que les mesures de responsabilisation financière des agents et de meilleure organisation des contrôles ne sauraient suffire à infléchir la tendance actuelle ; la responsabilisation managériale des cadres publics est également déterminante, tout comme celle des professionnels de santé. La multiplication d'arrêts maladie de courte durée dans un service public peut être le signal d'un dysfonctionnement général qui doit appeler la vigilance des gestionnaires.

### **Renforcer la maîtrise des arrêts maladie de courte durée**

Les actions de prévention primaire (éviter la propagation des maladies saisonnières et proposer la vaccination sur les lieux de travail) menées par les employeurs contribuent à la maîtrise des arrêts de courte durée. Des enseignements doivent être tirés des mesures prophylactiques mises en œuvre durant la crise sanitaire de la covid 19 qui ont eu un effet induit sur les maladies saisonnières. Les employeurs publics pourraient en conséquence engager une réflexion sur les mesures préventives à maintenir au-delà de la période d'urgence sanitaire.

Associées au jour de carence dont la Cour a constaté qu'il diminue le nombre des arrêts de courte durée, les modalités de prise en charge financière des arrêts maladie peuvent inciter les agents à limiter la fréquence et la durée des arrêts de courte durée. Ainsi, la possibilité pour les employeurs publics de moduler certaines indemnités en fonction des absences doit être activée lorsque la fréquence des arrêts maladie est trop élevée ou le motif de pure convenance.

L'efficacité des incitations financières peut aussi être renforcée par des actions de contrôle des arrêts maladie. Pour autant, la plupart des employeurs publics éprouvent des difficultés à faire vivre un dispositif efficace et les contrôles, quoique nécessaires, sont peu nombreux. Ils ont essentiellement un effet préventif sur des abus possibles. Les centres de gestion de la FPT se sont vu reconnaître un rôle dans le champ de la médecine agréée de contrôle. Le déploiement de ce type de service, qui professionnalise la fonction de contrôle, pourrait être encouragé. Dans un esprit de mutualisation, les employeurs de la FPE et de la FPH devraient pouvoir y recourir.

## **Unifier le régime des arrêts de longue durée et approfondir leur prévention**

Le régime des arrêts de longue durée repose sur deux types de congés (de longue durée ou de longue maladie) dont la distinction n'est pas probante et introduit complexité de gestion pour les employeurs et confusion pour les agents alors même qu'ils sont en situation de grande fragilité. Pour simplifier et clarifier ce dispositif, il est souhaitable de créer un seul congé dont les caractéristiques devront être mieux adaptées aux besoins des agents (en renouvelant la liste des pathologies y ouvrant droit, en prenant en compte des maladies chroniques, etc.). Ce sujet mérite d'être traité dans les négociations ouvertes sur le champ de la protection sociale complémentaire qui aura aussi pour vocation d'aborder la situation des agents en situation précaire lors de congés de longue durée.

Si la politique de prévention bénéficie d'un cadre conceptuel adapté et de moyens certains, elle souffre d'un défaut manifeste de mise en œuvre. La généralisation de la complémentaire santé peut fournir l'occasion de mieux associer les organismes d'assurance complémentaire aux politiques de prévention des employeurs publics. La prévention de la désinsertion professionnelle repose essentiellement sur le temps partiel thérapeutique (TPT) et le fractionnement des congés maladie. Si le recours au TPT a été facilité par plusieurs textes récents, les employeurs publics doivent être vigilants sur sa mise en œuvre compte tenu de son coût et de ses modalités complexes. Ils doivent aussi veiller à en faire un véritable outil de réinsertion professionnelle, et non un mode de gestion des effectifs.

Pour les agents en situation de reclassement, pour lesquels les employeurs publics ont parfois peu de postes à proposer, l'ordonnance santé-famille permet désormais le reclassement en dehors de l'administration d'origine. Pour circonscrire les risques d'usure professionnelle aboutissant à un reclassement, il pourrait être efficace de mieux identifier les pathologies associées à certains métiers et d'enrichir les fiches métiers des trois versants de la fonction publique avec ce type d'informations.

## **Augmenter l'efficacité de l'intervention des professionnels de santé**

Il est indéniable que les médecins peuvent rencontrer des difficultés à évaluer la durée appropriée de l'arrêt de travail selon les fonctions et les métiers. Pour les guider, l'assurance-maladie a élaboré des fiches repères dont le périmètre d'application gagnerait à être étendu pour couvrir la totalité des pathologies courantes, notamment celles des métiers du secteur public.

Plus spécifiquement, l'ordonnance santé-famille a décidé de remplacer le comité médical et la commission de réforme par le conseil médical à compter du 1<sup>er</sup> février 2022. Cette réforme doit être mise à profit par les gestionnaires publics pour organiser la réduction des délais de traitement des dossiers, principale critique formulée à l'encontre des instances médicales. À moyens constants, pour les cas de saisine maintenus, les interventions de la future instance pourraient être recentrées sur les situations de désaccords entre l'administration et son agent.

Par ailleurs, la loi de transformation de la fonction publique de 2019 a rendu possible les mutualisations des services de santé entre les trois versants de la fonction publique. Comme cela a déjà été mentionné pour l'organisation des contrôles, un modèle de mutualisation autour des centres de gestion locaux de la FPT existe et semble pertinent. Le fonds interministériel d'amélioration des conditions de travail pourrait être utilisé pour faciliter cette rationalisation entre les différents services de santé et partager leurs approches et moyens.

\*

\*\*

En conclusion, l'enjeu de maîtrise des arrêts maladie est d'une telle importance pour la qualité du service public, à de nombreux égards, pas seulement financiers et fonctionnels, que la mobilisation des pouvoirs publics, qui s'amorce, doit être renforcée.

La Cour, dans le champ de l'enquête demandée par le Parlement, y contribue en recommandant les actions présentées ci-dessous pour simplifier et fluidifier une gestion complexe et fragmentée et responsabiliser l'ensemble des parties prenantes en vue d'infléchir une tendance orientée à la hausse.



## Recommandations

1. Définir des indicateurs harmonisés communs aux trois versants de la fonction publique pour mesurer les absences pour raisons de santé dans le cadre des travaux de structuration des bases de données sociales. *(DGAFP, DGCL, DGOS)*.
2. Mettre en place un seul congé de maladie longue durée en remplacement des congés de longue durée et de longue maladie. *(DGAFP)*.
3. Ne retenir qu'un avis médical (comité médical ou médecin conseil) pour qualifier l'arrêt de travail pour les agents contractuels de la fonction publique. *(DGAFP, DSS, CNAM)*.
4. Étendre aux dossiers des agents publics la transmission dématérialisée des avis d'arrêt de travail par les médecins. *(DGAFP, DSS, CNAM)*.
5. Transmettre aux CPAM la totalité des données concernant les arrêts maladie des agents publics dans le cadre de la DSN. *(DGAFP, DGFIP, DSS, CNAM)*.
6. Prévoir la transmission obligatoire du volet 1 des avis d'arrêts maladie des agents publics aux CPAM à des fins d'exploitation statistique annuelle à destination des employeurs. *(DGAFP, DSS, CNAM)*.
7. Pour les arrêts maladie de courte durée *(DGAFP, DGCL, DGOS)* :
  - Responsabiliser les gestionnaires publics dont les services connaissent des taux anormaux de CMO;
  - Utiliser les possibilités de modulation indemnitaire pour tenir compte de la fréquence des arrêts.
8. Améliorer le dispositif de santé au travail des employeurs publics en rationalisant les modalités de saisine des futurs conseils médicaux et l'organisation de la médecine de prévention. *(DGAFP)*.



# Introduction

L'arrêt de travail pour maladie (ci-après l'arrêt maladie) a été instauré par la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales qui en détermine les principes généraux : une indemnité journalière financée par des cotisations et le contrôle médical de l'interruption du travail.

L'arrêt de travail délivré par le médecin à l'agent public peut résulter d'une maladie ou d'un accident de la vie courante (motif d'arrêt d'ordre non professionnel), d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (motif d'arrêt d'ordre professionnel)<sup>3</sup>. La crise sanitaire qui a donné lieu à des autorisations spéciales d'absences (ASA) pour les agents « vulnérables » et « cas contact » a introduit des situations d'arrêt de travail en lien avec l'état de santé, mais qui ne sont pas des arrêts maladie *stricto sensu*.

Le tableau ci-dessous rappelle les principales règles concernant la rémunération des agents publics en arrêt maladie.

**Tableau n° 1 : règles de rémunération des arrêts maladie des agents publics**

Type d'arrêt	Définition	Durée	Rémunération	Payeur
<i>Agents titulaires</i>				
<i>Maladie ordinaire</i>	Incapacité temporaire de travail liée à un problème de santé non contracté dans le cadre professionnel.	1 an au plus	Plein traitement <sup>4</sup> durant 3 mois puis 50 % durant 9 mois.	Employeur
<i>Longue maladie</i>	Incapacité temporaire de travail résultant d'une maladie non contractée dans le cadre professionnel et identifiée au sein d'une liste fixée réglementairement.	3 an au plus	Plein traitement durant 1 an puis 50 % durant 2 ans.	Employeur
<i>Longue durée</i>	Même définition que la longue maladie mais liste des pathologies différentes.	5 ans au plus	Plein traitement durant 2 ans, 50 % durant 3 ans.	Employeur
<i>Invalidité temporaire imputable au service</i>	Accident du travail ou maladie contracté dans le cadre du service.	Jusqu'à reprise du service ou mis en retraite	Plein traitement + prise en charge des frais de santé.	Employeur

<sup>3</sup> Bien que proche, dans ses conséquences (arrêt de travail indemnisé) d'un arrêt de travail pour maladie, le congé de maternité, relève d'un régime juridique propre et ne saurait être assimilé à un arrêt maladie.

<sup>4</sup> Dans la fonction publique de l'État (FPE), les primes, sauf celles liées à la présence effective, sont dans l'assiette de calcul pour le CMO, dans la FPT, la prise en compte ou non des primes est fixée par délibération, dans la fonction publique hospitalière la prise en compte ou non des primes relève d'une décision de chaque établissement.

<i>Agents contractuels et titulaires à temps non complet effectuant moins de 28 heures par semaine</i>				
<i>Maladie non professionnelle</i>	Même définition que la maladie ordinaire.	6 mois au plus	Avant 4 mois de service, IJSS soit au plus 45,55 € bruts par jour. Après 4 mois de service, plein traitement durant 30 jours puis 50 % durant 30 jours <sup>5</sup> . Après 2 ans de service, plein traitement durant 60 jours puis 50 % durant 60 jours. Après 3 ans de service, plein traitement durant 90 jours, puis 50 % durant 90 jours.	CPAM et employeur pour les agents comptant au moins 4 mois de service
<i>Grave maladie</i>	Incapacité temporaire de travail liée à une maladie présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée et nécessitant un traitement et des soins prolongés non contractée dans le cadre professionnel.	Jusqu'à 3 ans	Plein traitement durant 1 an puis 50 % durant 2 ans <sup>6</sup> pour les seuls agents contractuels en fonction depuis plus de 3 ans.	CPAM et employeur
<i>Accident du travail</i>	Accident du travail intervenu dans le cadre du service.	Jusqu'à guérison	Plein traitement en fonction de l'ancienneté dans la limite de 3 mois puis IJSS dans la limite d'un plafond de 205,84 € jusqu'au 28 <sup>ème</sup> jour, 276,46 € après la 29 <sup>ème</sup> jour + prise en charge des frais de santé.	CPAM et employeur
<i>Maladie professionnelle</i>	Maladie contractée dans le cadre du service.	Jusqu'à guérison	Idem accident du travail	CPAM et employeur

Source : Cour des comptes d'après droit positif

Le présent rapport intervient à un moment où le droit relatif à la gestion des arrêts maladie connaît plusieurs changements significatifs.

L'ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique, dite ordonnance « santé-famille » a modifié l'organisation des comités médicaux ainsi que les conditions du recours aux congés de longue maladie et de longue durée et de reclassement d'un agent déclaré inapte à l'exercice de ses fonctions pour raisons de santé. L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique fixe les grands principes de la réforme de la PSC, en prévoyant notamment sa généralisation et une participation obligatoire de 50 % des employeurs publics à la « complémentaire santé ».

Enfin, dans le prolongement du rapport *Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance*, remis au Premier ministre le 18 septembre 2019, un plan santé au travail (PST) est en cours de négociation avec les organisations syndicales représentatives.

Dans ce contexte, l'enquête de la Cour sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie a porté sur l'ensemble des agents titulaires et contractuels des trois versants de la fonction publique à temps complet et non complet, à l'exclusion des militaires. Elle s'est intéressée à l'évaluation quantitative des arrêts de travail pour maladie, mais aussi à leurs

<sup>5</sup> Les IJSS viennent en déduction des montants versés.

<sup>6</sup> Les IJSS viennent en déduction des montants versés.

impacts directs ou induits et à leurs causes. Les modalités concrètes de gestion des arrêts de travail pour maladie et de versement des rémunérations ont été étudiées, tant du point de vue des employeurs que de celui des agents. L'enquête a également examiné l'efficacité des dispositifs utilisés pour maîtriser le niveau ou le coût des arrêts maladie, dont le jour de carence. Elle a veillé à prendre en compte les conséquences de l'état d'urgence sanitaire sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie.

Autant que faire se pouvait, la Cour a comparé la situation du secteur public avec celles du secteur privé et de nos grands partenaires européens, cherchant notamment à y puiser les bonnes pratiques à reprendre ou à amplifier au sein des structures publiques.

\*

\*\*

Pour rendre compte de ces travaux, le présent rapport décrit et explique dans un premier temps les grandes tendances observables dans l'évolution des arrêts maladie et de leurs impacts (chapitre 1). Il analyse ensuite, les pratiques de gestion des employeurs publics s'agissant des arrêts maladie, lesquelles font apparaître des difficultés source d'inefficience, ainsi que les dispositifs particuliers mis en place durant la crise sanitaire (chapitre 2). Il propose enfin des pistes pour accroître l'efficacité des dispositifs de maîtrise du coût des arrêts de travail pour maladie de courte et de longue durées (chapitre 3).



# Chapitre I

## Des arrêts maladie en hausse, un impact important

Si elle constitue une tendance affectant globalement les trois versants de la fonction publique (I), l'augmentation du nombre des arrêts de travail pour maladie est un phénomène aux causes complexes (cf. annexe n° 3), dont l'impact direct et indirect sur les services publics, certes partiellement cerné, est pour la partie mesurable, important (II).

### I - Une croissance soutenue des arrêts de travail des agents publics

Les arrêts de travail pour maladie, sont mesurés à travers des séries de données dont la collecte hétérogène ne permet pas toujours les comparaisons entre versants de la fonction publique ou avec le secteur privé (A). Pour autant, ils apparaissent orientés à la hausse (B).

#### A - Une harmonisation de la connaissance des arrêts maladie nécessaire

Les débats autour du jour de carence dans la fonction publique ont contribué à l'amélioration des statistiques sur les arrêts de travail pour maladie, devenus un thème de la production annuelle de données dans le rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Pour autant, ce mouvement d'amélioration est inabouti et les possibilités de comparaisons entre versants de la fonction publique, de même qu'entre employeurs publics similaires, demeurent limitées. Cette situation a déjà conduit la Cour à préconiser qu'un organisme public publie des statistiques homogènes sur les absences au travail en s'appuyant sur les indicateurs couramment utilisés pour ce faire<sup>7</sup>.

À ce jour, les principales sources de données sont les enquêtes menées auprès des individus. Les statistiques reflètent dès lors les caractéristiques de l'absentéisme pour maladie telles que mesurées sur la base de réponses apportées par un échantillon d'une population de travailleurs couvrant un périmètre large, quel que soit le traitement administratif réalisé par l'employeur ou les structures intervenants en matière de protection sociale. Ce type de données,

---

<sup>7</sup> Cf. Cour des comptes, *Les finances publiques locales*, juillet 2016.

qui permet des comparaisons entre versants de la fonction publique (et le secteur privé), est utilisé par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) pour alimenter le rapport annuel sur l'état de la fonction publique. En particulier, la DGAFP utilise les résultats de l'enquête « Emploi de l'Institut national de la statistique et des études économiques » (Insee), ainsi que l'enquête « Conditions de travail et risques psychosociaux 2016 » de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares).

Les bilans sociaux des administrations d'État, des collectivités territoriales et établissements de santé constituent une autre source importante de données. Ils ne permettent cependant pas de comparaisons entre versants de la fonction publique en l'absence d'une méthodologie commune, de l'harmonisation des périmètres et des indicateurs utilisés (cf. annexe n° 4). Sans être exhaustive, pour la fonction publique territoriale (FPT), la connaissance du sujet est enrichie par des publications annuelles telle que *Benchmark absentéisme* réalisée par l'association des DRH des grandes collectivités territoriales ou encore le panorama *Qualité de vie au travail et santé des agents dans les collectivités territoriales* réalisé par la société Sofaxis<sup>8</sup>. Ces publications, bien que précises et fouillées, ne sont cependant pas statistiquement représentatives de la FPT, en raison des panels respectifs sur lesquelles elles reposent.

La loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique (LTFP) harmonise et modernise la production des données sociales pour les trois versants de la fonction publique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021. La LTFP impose désormais, à l'ensemble des employeurs publics des trois versants de la fonction publique, la production d'un rapport social unique qui réunit les données relatives à 14 items. Ces données doivent être rassemblées dans une base de données sociales (BDS) accessible aux membres du comité social qui se substituera aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) en 2022. Le rapport comprendra notamment des données relatives « à la santé et à la sécurité au travail, incluant les aides à la protection sociale complémentaire » et à « l'amélioration des conditions et de la qualité de vie au travail »<sup>9</sup>.

Dans ce cadre, un arrêté du 7 mai 2021 fixe pour la FPE la liste des indicateurs contenus dans la BDS<sup>10</sup>. La concertation sur les arrêtés définissant les indicateurs de la FPT et de la FPH, qui est en cours, s'inspire des travaux menés dans le cadre de l'État. Un guide de mise en œuvre de l'arrêté du 7 mai 2021, détaillant notamment les motifs d'absence, est en cours de rédaction, la direction générale des collectivités locales (DGCL), pour la FPT, et la direction générale de l'offre de soins (DGOS), pour la FPH, étant associées aux travaux aux fins d'harmoniser au maximum la mise en œuvre des textes.

La DGAFP précise cependant privilégier les enjeux d'alimentation du dialogue social sur ceux d'une connaissance consolidée plus complète des arrêts de travail pour maladie.

---

<sup>8</sup> Sofaxis est un organisme assureur spécialisé sur le périmètre des collectivités territoriales et du secteur parapublic.

<sup>9</sup> Cf. décret d'application n° 2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique.

<sup>10</sup> À savoir, pour les arrêts maladie, le nombre d'agents ayant eu au moins un jour d'absence pour raison de santé au cours de l'année selon le motif et le nombre total de journées d'absence pour raison de santé au cours de l'année selon le motif, ces deux indicateurs étant à répartir par catégorie ou niveau hiérarchique, âge ou tranche d'âge, métier et sexe et en croisant notamment les critères catégorie hiérarchique, âge et sexe.

Si cette priorisation peut se concevoir, il n'en demeure pas moins que des indicateurs globaux devraient être développés selon une méthodologie commune et harmonisée pour les trois versants de la fonction publique<sup>11</sup> afin de garantir l'amélioration indispensable de la connaissance de l'absentéisme pour raison de santé et de faciliter la comparaison entre les employeurs publics<sup>12</sup>.

## **B - Une tendance haussière du nombre et de la durée des arrêts maladie, plus marquée dans la fonction publique territoriale**

### **1 - La proportion d'agents publics en arrêt maladie légèrement supérieure à celle des salariés du privé, une durée de leurs arrêts plus longue**

Si les comparaisons des absences pour raisons de santé, entre les secteurs publics et privé, sont à prendre avec précaution tant les différences de tous ordre (types de métiers, pyramide des âges, règles d'indemnisation, etc.) sont importantes, il apparaît que la part des salariés absents, au cours d'une semaine donnée, pour raison de santé est globalement plus élevée dans le secteur public que dans le secteur privé et qu'elle suit une tendance à la hausse. Ainsi, en 2019, 5,2 % des agents publics (+ 0,3 points depuis 2016) ont été absents pour raison de santé au moins un jour au cours d'une semaine dans la fonction publique contre 4,4 % dans le secteur privé (+ 0,1 point depuis 2016)<sup>13</sup>.

Il est cependant à relever que l'exposition des agents de la FPE, y compris hors enseignant, au risque d'arrêt maladie est inférieure à celle du secteur privé, tandis qu'elle est supérieure pour les agents de la FPT et de la FPH.

La part des agents absents au moins un jour au cours d'une semaine donnée pour raison de santé s'établit ainsi respectivement à 5,7 % et 6,7 % dans la FPH et la FPT contre 3,6 % dans la FPE. Le nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par agent dans la FPE est régulièrement inférieur de 3 à 6 jours par rapport aux versants hospitaliers et territoriaux.

Une des raisons de cette différence provient du fait que, dans la FPE, les répercussions des absences pour raison de santé des enseignants sont réduites par rapport aux autres agents publics car elles dépendent, dans le second degré surtout, de l'emploi du temps des enseignants : lorsque les problèmes de santé se produisent durant les congés scolaires et en dehors des journées comportant des heures de cours, ils ne conduisent pas nécessairement le médecin à prescrire un arrêt de travail ou celui-ci voit sa durée réduite en fonction de l'emploi du temps de l'enseignant. En outre, le nombre de semaines travaillées est différent (36 semaines dans une année scolaire, 42 pour les autres fonctionnaires), diminuant mécaniquement les taux d'absences des enseignants par

---

<sup>11</sup> Les indicateurs communs retenus devront être harmonisés en matière de définition (motifs d'absence pour raison de santé pris en compte), de périmètre (prise en compte des établissements publics par exemple, distinction des agents gérés ou affectés, ...) mais également de maille de déclinaison (la déclinaison des indicateurs à un niveau fin dans le cadre du dialogue social est complémentaire à l'affichage de quelques indicateurs globaux incontournables), afin de permettre la synthèse nationale et de faciliter les comparaisons à fins d'analyse.

<sup>12</sup> Cette démarche devant avoir pour corolaire le renforcement de l'exhaustivité et de la fiabilité des données sociales.

<sup>13</sup> Cf. rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique.

rapport aux autres fonctionnaires. L'importante part des enseignants dans la FPE minore le taux d'arrêts maladie de ce versant de la fonction publique. Pour autant, même en excluant cette population, le taux d'arrêts maladie de la FPE reste inférieur à celui constaté dans le secteur privé<sup>14</sup>.

**Tableau n° 2 : part des salariés\* absents au moins un jour au cours d'une semaine donnée pour raison de santé dans les différents versants de la fonction publique et le secteur privé (en %)**

En %	2016	2017	2018	2019
FPE	3,6	3,6	3,3	3,6
<i>Enseignants</i>	3,4	3,0	3,1	3,0
<i>Hors enseignants</i>	3,8	4,2	3,5	4,1
FPT	6,3	6,0	5,8	6,7
FPH	5,6	5,8	6,2	5,7
<b>Ensemble de la fonction publique</b>	4,9	4,9	4,8	5,2
<b>Secteur privé</b>	4,3	4,3	4,6	4,4
<b>Ensemble</b>	4,4	4,4	4,6	4,6

Source : Insee, enquête Emploi. Traitement DGAFP - SDessi

Champ : France entière (hors Mayotte), personnes en emploi salariés. Hors apprentis, stagiaires, contrats aidés, salariés des particuliers-employeurs et salariés travaillant à domicile.

Note : Sont prises en compte ici les absences pour maladie (y c. garde enfant malade) ou accident du travail.

\* En emploi « élargi », c'est-à-dire au sens du BIT (personne de 15 ans ou plus ayant effectué au moins une heure de travail rémunéré au cours d'une semaine donnée ou absente de son emploi sous certaines conditions de motif - congés annuels, maladie, maternité, etc. - et de durée) ou absent de son emploi pour maladie de plus d'un an.

Lecture : En 2019, parmi les agents de la fonction publique en emploi « élargi », 5,2 % ont été absents au moins un jour au cours d'une semaine donnée pour raison de santé.

Cette exposition plus élevée au risque d'arrêt maladie dans la fonction publique se conjugue avec une gravité, mesurée par la durée de l'arrêt, plus importante (supérieure de 15 % du secteur privé) ; là encore, la FPE se distingue de la FPT et de la FPH, en présentant une durée moyenne d'arrêt maladie inférieure au secteur privé<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Les données disponibles comparant les secteurs public et privé chez nos grands voisins européens sont peu nombreuses, cependant les données d'absentéisme pour raisons de santé au Royaume-Uni, communiquées par le *National Audit Office* à la Cour, montrent une situation similaire à la situation française : les agents de l'État ont un taux d'absentéisme pour maladie proche de celui des salariés du secteur privé, les agents du secteur public local et de la santé ont un taux supérieur.

<sup>15</sup> Cf. rapports annuels 2019 et 2020 sur l'état de la fonction publique.

### **Les causes des arrêts maladie : un ensemble de facteurs interdépendants<sup>16</sup>**

Le niveau des arrêts maladie repose sur une combinaison complexe des caractéristiques des emplois occupés, des employeurs et des employés<sup>17</sup>, auxquels s'ajoute une série de facteurs exogènes.

Les employés les plus exposés à des conditions de travail difficiles – comme le travail de nuit, le travail répétitif, des contraintes physiques intenses, une exposition à des produits nocifs ou à des risques psycho-sociaux – sont les plus susceptibles de déclarer un état de santé dégradé. Les facteurs de risques psychosociaux sont liés à la manière dont le travail est conçu, organisé et géré, ainsi qu'à son contexte économique et social. À *contrario*, l'absentéisme pour maladie se trouve réduit par le sentiment de satisfaction des agents au travail et la reconnaissance, soulignant l'importance de la qualité du management.

Il existe par ailleurs une corrélation entre le niveau d'absentéisme pour raison de santé et la taille de la structure : plus la structure est grande et compte un nombre important d'employés, plus l'absentéisme pour raison de santé est élevé.

Les caractéristiques des employés jouent également un rôle important, en particulier l'âge et le sexe. En effet, si la part des employés ayant eu au moins un arrêt maladie décroît avec l'âge, les durées d'absences sont plus longues chez les employés les plus âgés. D'autre part, le taux de féminisation influence le taux global d'absence pour raison de santé d'un secteur d'activité. Sur l'ensemble des employés, pour chaque catégorie professionnelle et pour chaque durée d'arrêt de travail, les femmes présentent des taux d'absence pour raison de santé plus élevés que les hommes, dont une partie a pour origine les charges de la parentalité. Seuls les accidents du travail et maladies professionnelles concernent davantage les hommes, cet écart se réduisant.

En outre, l'absentéisme pour maladie se révèle très contrasté en fonction du lien juridique liant l'employé et l'employeur. Dans le secteur privé comme le secteur public, un effet de précarité peut être identifié dans la structure des absences pour raison de santé : moins l'emploi est stable, plus les absences pour raison de santé des agents sont réduites.

À ces facteurs propres au travail s'en ajoutent d'autres qualifiés d'exogènes.

Tout d'abord la prescription médicale : la densité de médecins généralistes représente la deuxième variable la plus déterminante en termes de variance interdépartementale des arrêts maladie. Ces disparités territoriales peuvent aussi traduire des différences de pratiques de prescription par les professionnels de santé.

Ensuite, le facteur épidémiologique : si les maladies saisonnières influencent dans leur majorité les absences de très courtes et de courtes durées, les maladies chroniques ou graves, en lien ou non avec le travail, en forte hausse, se répercutent à la fois sur le nombre et la durée des arrêts.

Enfin, le régime d'indemnisation des arrêts : le nombre de jours d'arrêt moyen par salarié diffère fortement entre des pays européens aux caractéristiques socioéconomiques pourtant comparables, une grande partie de ces écarts tenant au niveau de protection dont bénéficie l'employé placé en arrêt maladie.

<sup>16</sup> Cf. annexe n° 3.

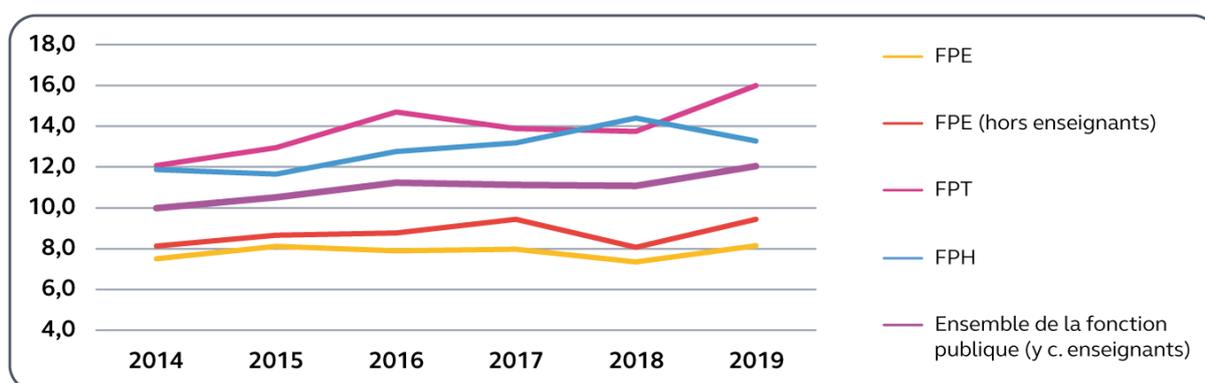
<sup>17</sup> Le terme « employé » désigne ici tout autant les salariés que les agents publics.

## 2 - Une hausse des arrêts maladie plus marquée dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière

Les données issues de l'enquête « Emploi » (cf. graphique 1) montrent une tendance à la hausse des arrêts maladie particulièrement forte dans la FPT (+ 3,9 jours d'arrêts maladie entre 2014 et 2019, soit + 33 %) et la FPH (+ 1,4 jour entre 2014 et 2019, soit + 12 %). Si dans la FPE (+ 0,7 jour, soit + 9%), la hausse est plus élevée que dans le secteur privé (+ 0,3 jour, soit + 3 %), la durée moyenne des arrêts maladie y demeure inférieure à celle observée dans le secteur privé (8,2 jours contre 10,3 jours).

La hausse observée des arrêts maladie entre 2014 et 2019 correspond à une augmentation du volume des jours d'arrêts de l'ordre de 11,9 millions<sup>18</sup>.

**Graphique n° 1 : nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par personne au cours de l'année dans les trois versants de la fonction publique et le secteur privé**



Source : Cour des comptes d'après rapport annuel DGAFP 2020

Note : données en emploi élargi, France entière (hors Mayotte), salariés.

Le niveau plus élevé des arrêts maladie dans la FPH et la FPT est, pour une part, explicable par des différences dans les populations d'agents concernées (cf. annexe n° 3). D'un point de vue sociodémographique, la FPT est en effet plus âgée (45,5 ans en moyenne contre 42,7 ans dans la FPE) et son taux de féminisation est assez élevé (61,3 % dans la FPT contre 56 % dans la FPE<sup>19</sup>). La FPH, bien que relativement plus jeune (41,9 ans en moyenne) connaît le taux de féminisation des effectifs le plus important (78 %). Par ailleurs, l'exposition au risque et la pénibilité du travail – notamment concernant les agents de catégories B et C des services de police municipale, incendie et secours et petite enfance dans la FPT, des métiers d'aides-soignants, d'infirmiers et d'agents de bio-nettoyage dans la FPH – pourraient expliquer la surreprésentation de ces populations dans les taux d'absentéisme pour maladie comparés. Pour autant, d'autres facteurs tels que la satisfaction au travail (en lien avec la qualité du management et de la gestion des ressources humaines), la part des emplois contractuels, la taille de la structure, le régime d'indemnisation de l'arrêt mais aussi les écarts de prescription entre territoires ont également une incidence, qu'il est difficile de chiffrer avec les outils d'analyse disponibles (cf. annexe n° 3).

<sup>18</sup> En retenant pour 2014 un effectif de 5,07 millions d'ETP arrêtés en moyenne 10 jours et pour 2019, un effectif de 5,17 millions d'ETP (chiffres au 31/12/2018) arrêtés en moyenne 12,1 jours.

<sup>19</sup> Le taux d'arrêt maladie des femmes étant en moyenne plus élevé que celui des hommes (cf. annexe n° 3).

## II - Un impact mesurable des arrêts maladie élevé

Par simplification, à défaut d'un terme plus adapté, dans les développements qui suivent, le terme de « coût » est utilisé bien que l'impact financier des arrêts maladie des agents publics recouvre d'autres aspects (cf. encadré ci-après et annexe n° 7).

### **La mesure de l'impact financier des absences pour maladie : un exercice complexe**

Le montant global des rémunérations versées aux agents publics pendant la durée de leur absence n'est pas assimilable à un coût supplémentaire lié à la maladie, dès lors qu'il aurait été dû à l'agent en activité qu'elle que soit sa position. Le montant des indemnités journalières versées aux agents contractuels est un coût supporté par le régime de sécurité sociale et non par l'employeur, même si cette dernière verse des cotisations sociales à l'Assurance maladie.

Les administrations peuvent dans certains cas absorber l'activité de l'agent absent sans recours à des heures supplémentaires<sup>20</sup> ou au remplacement. Il faut toutefois, dans ce cas, s'interroger sur une éventuelle dégradation de la qualité du service rendu, l'impact de cette situation sur les agents présents, voire l'existence d'un sureffectif permanent pour faire face aux conséquences de l'absentéisme pour maladie (cf. annexe n° 5).

Lorsque les administrations ne peuvent absorber l'absence de l'agent, elles peuvent demander la réalisation d'heures supplémentaires aux agents en poste ou recourir à des remplacements. Le coût lié au remplacement ou aux heures supplémentaires est alors une dépense budgétaire identifiable.

Une notion de perte de valeur ajoutée peut également être appliquée dans la FPH où l'absence de continuité de service peut conduire à un moindre gain dans l'application de la tarification à l'activité (*i.e.* la T2A).

L'évaluation et l'analyse des impacts économiques en termes de rémunération des arrêts maladie des agents publics distinguent la rémunération des jours non travaillés (A) des dépenses budgétaires liées aux heures supplémentaires et aux remplacements engendrés par les arrêts maladie (B).

### **A - Le nombre de jours non travaillés pour arrêt maladie entre 241 000 et 252 000 emplois publics**

La Cour a chiffré ce que représentent les journées non travaillées pour cause d'arrêt maladie selon deux approches : d'une part à partir des déclarations des agents dans le cadre des enquêtes « Emploi », d'autre part, à partir des bilans sociaux<sup>21</sup>.

Ces chiffrages restent imprécis car ils n'ont pas pu intégrer les agents en arrêt maladie rémunérés à demi-traitement (cf. chapitre 2 pour les règles de passage à demi-traitement) en raison des caractéristiques des outils de paye utilisés et de l'absence de statistiques nationales sur leur nombre. En outre les chiffrages ont été fondés sur les rémunérations complètes des agents faute de données précises pour traiter la prise en compte des primes, qui varient selon les employeurs et les agents. Enfin, l'ancienneté moyenne des agents contractuels en arrêts

<sup>20</sup> Ce cas de figure caractérise, par exemple, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP), plus que le recours au remplacement (cf. *infra*).

<sup>21</sup> Le recours aux bilans sociaux suppose une série de précautions d'analyse qui tiennent à leur caractère incomplet, à une fiabilité insuffisante des données mentionnées et un manque d'harmonisation dans leur computation.

maladie n'étant pas connue, il n'a pas été possible d'exclure de l'évaluation les agents contractuels à l'ancienneté insuffisante pour bénéficier du maintien de rémunération.

### 1 - Une estimation du coût direct des journées non travaillées de 11,9 Md€ à partir des déclarations des agents dans les enquêtes « Emploi »

D'après l'enquête « Emploi » de l'Insee reprise dans le rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique, le nombre moyen de jours d'absences s'élevait, en 2018, à 7,4 jours dans la FPE, 13,7 jours dans le FPT et 14,4 jours dans la FPH.

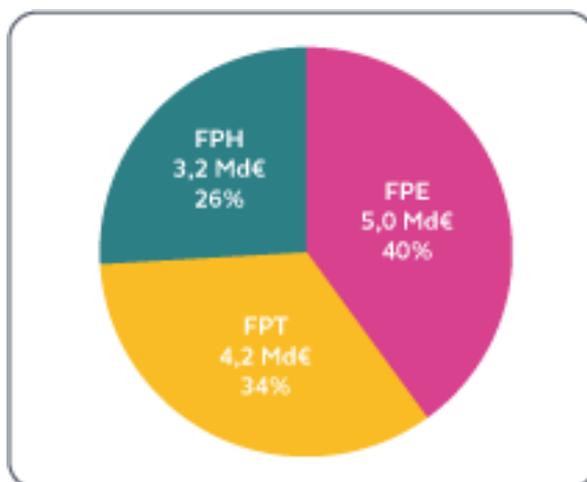
Compte tenu des effectifs des trois versants de la fonction publique, il en résulte un nombre de jours ouvrés de congés maladie de 56,89 millions. Sur la base d'une année comptant 226 jours ouvrés, ces jours non travaillés représentent l'activité de 252 000 ETP, soit 4,9 % du total des ETP des trois versants de la fonction publique. L'application des salaires moyens bruts chargés des trois versants de la fonction publique permet d'établir un coût « brut » pour les employeurs publics des journées non travaillées de l'ordre de 12,4 Md€ (cf. tableau ci-après).

**Tableau n° 3 : valorisation des journées non travaillées pour absences pour raisons de santé dans la fonction publique (en M€)**

	Nombre de jours moyen d'absence par ETP	Effectif en ETP	Nombre de jours de congés maladie	Équivalence en ETP*	Salaire annuel moyen brut chargé **	Coût des journées non travaillées (en M€)
FPE	7,4	2 344 592	17 349 981	76 770	64 759	4 972
FPT	13,7	1 737 887	23 809 052	105 350	40 155	4 230
FPH	14,4	1 09 464	15 731 482	69 608	46 271	3 221
Total		5 174 943	56 890 515	251 728		12 423

Source : Cour des comptes d'après données 2018 du rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique \* sur la base de 226 jours ouvrés \*\* rémunérations brutes chargées 2017, rémunérations brutes chargées 2017 calculées à partir des fichiers Ka pour la FPE, d'après INSEE premières pour la FPT et selon synthèse des bilans sociaux 2017 pour la FPH

**Graphique n° 2 : valorisation des journées non travaillées pour absences pour raisons de santé dans la fonction publique (en M€)**



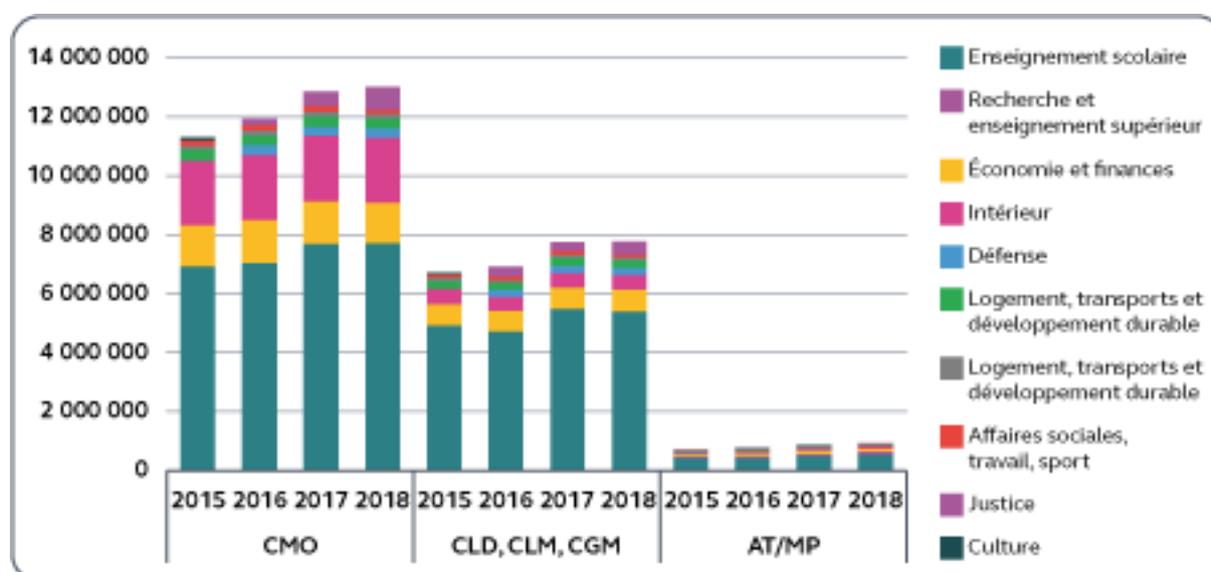
Source : Cour des comptes

Après réfaction des indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS) versées aux agents contractuels (0,2 Md€)<sup>22</sup> et des prélèvements opérés au titre du jour de carence (0,3 Md€)<sup>23</sup>, ce montant serait de l'ordre de 11,9 Md€.

## 2 - Une estimation du coût direct des journées non travaillées, à partir des bilans sociaux, de 11,1 Md€

La computation des données de l'année 2017 des bilans sociaux des ministères<sup>24</sup> permet de recenser de l'ordre de 21 millions de jours calendaires d'absences des agents civils publics de l'État pour raisons de santé, en augmentation par rapport aux années précédentes.

**Graphique n° 3 : nombre de jours d'arrêts calendaires pour raison de santé indiqués dans les bilans sociaux - FPE (hors militaires)**



Source : Cour des comptes d'après bilans sociaux des ministères – 2015 à 2019

Note : Les bilans sociaux suivants n'ont pas été recueillis et analysés : justice 2015, Europe et affaires étrangères 2015 à 2018, services du premier ministre 2015 à 2018, outre-mer 2017-2018 (inclus dans les bilans sociaux du ministère de l'intérieur en 2015 et 2016). Les données relatives à la maladie ordinaire et aux congés longs ne sont pas présentées dans les bilans sociaux : 2015 à 2018 de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2015 pour le ministère des Armées, 2016 à 2018 pour le ministère de la Culture.

<sup>22</sup> La CNAM a pu fournir à la Cour les montants globaux versés en 2017, 2018 et 2019 par catégorie juridique d'employeur, mais n'a pas été en mesure de fournir un niveau de détail supplémentaire.

<sup>23</sup> Le rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique mentionne une évaluation du montant estimatif des jours de carence réalisée par la DGCL sur le périmètre de la FPT. Cette estimation a été extrapolée à la FPH. Concernant la FPE, une restitution basée sur les fichiers de paye des agents civils et contractuels a été établie par la direction du budget et peut-être sollicité sur le périmètre les concernant par les ministères. L'impact financier du jour de carence est ainsi évalué à 85,8 M€, proche du montant qui peut être estimé à partir des informations de l'encadré 1 page 192 du rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique.

<sup>24</sup> Les précautions d'analyse précitées de façon générale quant aux bilans sociaux sont valables pour les bilans sociaux des ministères. À titre d'exemple, alors que les données issues du système d'information de la DAP font état de 622 661 jours de CMO en 2018, le bilan social du ministère de la justice mentionne un total de 377 539 jours.

Dans la FPT et la FPH, les synthèses des bilans sociaux 2017 évaluent le nombre de journées d'arrêts pour raison de santé à 43 millions pour la FPT et près de 24 millions pour la FPH.

Au total, ces 88 millions de journées non travaillées représentent l'activité de 241 000 ETP pour les trois versants de la fonction publique, soit 4,7 % du total des ETP. Selon cette seconde approche, basée sur le nombre de jours calendaires d'absence pour raison de santé, le coût des journées non travaillées serait de l'ordre de 11,1 Md€ pour les employeurs publics.

#### Méthode d'évaluation du coût direct des absences pour arrêts maladie pour les employeurs publics

**Coût direct des absences pour arrêts maladie** = coût « brut » des arrêts maladie pour les employeurs publics – prélèvement au titre du jour de carence - IJSS versées par les CPAM = **11,1 Md€**

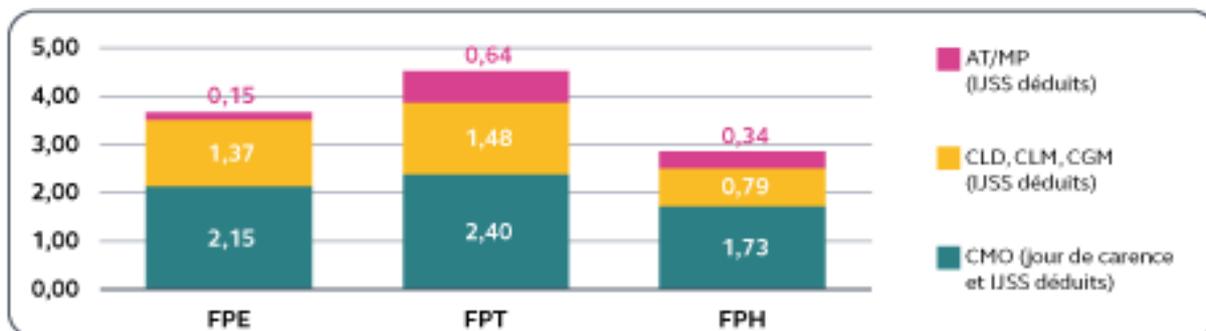
**Coût « brut » des absences pour arrêts maladie pour les employeurs publics** = nombre calendaire de jours d'absence pour arrêt maladie x (rémunération brute moyenne chargée des agents publics / 365) = **11,6 Md€<sup>25</sup>**

**Prélèvement au titre du jour de carence** = 0,3 Md€

**IJSS versées par les CPAM** = 0,2 Md€

L'évaluation (cf. tableaux détaillés en annexe 5) fait ressortir que le congé de maladie ordinaire (CMO) représente 57 % du coût des journées non travaillées.

#### Graphique n° 4 : évaluation du coût engendré par les journées non travaillées liées aux agents absents pour raison de santé (en Md€)



Source : Cour des comptes

Au total, la Cour évalue le coût net pour les employeurs publics des journées de travail perdues en raison des arrêts maladie entre 11,1 Md€ et 11,9 Md€ en rémunération brute chargée pour 5,17 millions en ETP. En comparaison, 10,3 Md€ d'IJSS (dont 7,4 Md€ au titre des arrêts maladie) ont été versés en 2017 aux 19,16 millions de salariés couverts par le régime général. Il faut y ajouter la couverture complémentaire obligatoire supportée par les employeurs privés<sup>26</sup> et

<sup>25</sup> Cf. annexe n°5 pour le détail de ce montant par versant de la fonction publique.

<sup>26</sup> À partir du 8<sup>ème</sup> jour d'arrêt maladie, l'employeur doit verser un complément de salaire permettant au salarié de percevoir 90 % de son salaire brut puis dans un second temps 66,6%. La durée de cette couverture va de 60 à 180 jours en fonction de l'ancienneté du salarié.

la couverture complémentaire santé collective (mutuelle) obligatoire dont ils assurent une partie du financement. Le montant des dépenses qui en résultent pour les entreprises n'est pas connu.

Le fait que les montants globaux fassent ressortir un coût plus élevé du régime spécial des fonctionnaires, s'explique tout d'abord par le point d'écart du taux d'absence entre les deux secteurs, il rend aussi compte d'un maintien plus long de la rémunération des agents publics placés en arrêt maladie. Mais sur ce dernier point il serait excessif d'en tirer la conclusion que les agents publics bénéficient systématiquement d'une prise en charge individuelle de leurs arrêts plus favorable que celle des salariés du secteur privé. Les deux régimes se caractérisent par une grande diversité des niveaux de prise en charge individuelle, selon notamment le type d'arrêt et sa durée, l'ancienneté du salarié et la protection sociale complémentaire souscrite par son entreprise, le choix de l'employeur de l'agent public pour la partie indemnitaire de son traitement et l'importance des heures supplémentaires pour les salariés du secteur privé.

## **B - Les dépenses en heures supplémentaires et en remplacements dues aux arrêts maladie que très rarement connues**

Pour les trois versants de la fonction publique, le montant des heures supplémentaires indemnisées s'est élevé à 2,3 Md€ en 2018<sup>27</sup>, cependant la part due aux arrêts maladie n'étant pas connue, il est impossible d'en tirer une information financière d'ensemble. Il en est aussi ainsi au niveau des employeurs, aucun système d'information des ressources humaines (SIRH) ne délivrant ce type d'informations quand bien même le recours aux heures supplémentaires y est généralisé<sup>28</sup>.

Le montant global des dépenses de remplacement des agents absents pour arrêt maladie n'est pas, lui non plus, connu<sup>29</sup>.

Quelques exemples peuvent être donnés dans la FPE de l'état de la connaissance et des coûts. Au ministère de l'éducation nationale (MEN), un volant de personnel titulaire est recruté pour assurer les missions de remplacements des enseignants. Même si ces effectifs et ces dépenses de personnel<sup>30</sup> font l'objet d'un suivi budgétaire distinct, ce suivi n'apporte que des données partielles car les agents contractuels affectés sur poste provisoire ou vacant à l'année ne sont pas comptabilisés au titre du remplacement mais du soutien aux établissements. Sous cette réserve, les remplaçants pour tous motifs représentaient 5,6 % des effectifs en 2019 et les dépenses associées 3,5 Md€ en 2019<sup>31</sup> pour les professeurs de l'enseignement public (cf. annexe n° 6). On estime que sur ce total au moins 2 Md€ résultent des arrêts maladie. À la demande de la Cour, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) a évalué le coût des

<sup>27</sup> Cf. Cour des comptes, *Les heures supplémentaires dans la fonction publique*, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, octobre 2020.

<sup>28</sup> Faute de pouvoir recourir à des remplacements en milieu pénitentiaire, le recours aux heures supplémentaires pour pallier les absences des agents malades caractérise le fonctionnement de la DAP.

<sup>29</sup> Dans certains cas, le remplacement des agents en arrêt maladie (restauration scolaire, crèches, par exemple) s'impose à l'employeur public, dans d'autres cas, le remplacement de l'agent malade dépend de l'arbitrage de gestion de l'employeur et / ou de ses capacités financières.

<sup>30</sup> Rémunérations d'activité, cotisations et contributions sociales et prestations sociales et allocations diverses.

<sup>31</sup> Dépenses de personnels de remplacement de la mission enseignement scolaire en 2018 : 3,3 Md€, soit 1 Md€ de plus que l'estimation du coût du nombre de jours d'absences constatés dans les bilans sociaux pour l'enseignement scolaire.

agents recrutés en contrat à durée déterminée (CDD) destinés à remplacer des agents titulaires. Là encore l'exercice est peu significatif car les absences de la majorité des personnels sont compensées par des rappels d'agents en repos, susceptibles de générer des heures supplémentaires<sup>32</sup> et non des remplacements. En outre comme pour l'éducation nationale, les motifs des contrats n'isolent pas le remplacement pour maladie d'un agent pénitentiaire. Sous cette réserve importante, le coût des CDD destinés à remplacer des agents titulaires peut être estimé à un moins d'un million d'euros par an.

Dans la FPT, la synthèse des bilans sociaux 2017 des collectivités territoriales permet à la DGCL d'évaluer à 28 % la part des agents contractuels recrutés sur emploi permanent affectés au remplacement d'un agent titulaire temporairement absent. À l'échelle des employeurs, la proportion des remplacements d'absents pour raisons de santé est rarement suivie et estimée, même si les services sont capables de le faire. Ainsi, la commune de Sangatte<sup>33</sup>, qui connaît un fort absentéisme pour raison de santé, a évalué à 80 000 € le surcoût budgétaire engendré en 2017 par le remplacement des agents absents pour maladie. Pour y faire face, la collectivité a souscrit une assurance annuelle d'un montant de 65 000 €<sup>34</sup>. D'autre part, pour les besoins de l'enquête, la commune de Courbevoie<sup>35</sup> a évalué, en 2019 et 2020, à 0,4 M€ le coût de remplacement des agents absents pour raison de santé sur une masse salariale de 74 M€.

Dans la FPH, le recrutement intérimaire est estimé en moyenne à 0,7 % des dépenses de personnel. Il est cependant très variable selon les catégories de personnel et les types d'établissement. Le nombre moyen d'heures supplémentaires est quant à lui de 22,5 heures non encore récupérées et non encore rémunérées par agent au 31 décembre 2018 pour le personnel non médical des services de soins, avec une sensibilité bien moindre au type de structure.

---

<sup>32</sup> Les heures supplémentaires liées à la covid 19 n'ont pas été individualisées.

<sup>33</sup> Commune d'approximativement 4 900 habitants employant environ 100 agents.

<sup>34</sup> Cf. Chambre régionale des comptes Hauts de France, *Commune de Sangatte (Département du Pas-de-Calais)*, Exercices 2014 et suivants, rapport d'observations définitives, juillet 2019.

<sup>35</sup> Commune de plus de 80 000 habitants employant 1 700 agents environ. La commune a comparé son taux d'absentéisme aux autres collectivités de même taille et de la même zone géographique ; il en résulte un taux légèrement en deçà de la moyenne.

---

## CONCLUSION ET RECOMMANDATION

---

*Les absences pour raisons de santé des agents publics ne font pas l'objet d'un décompte harmonisé et centralisé. L'amélioration de la connaissance des données, bien qu'effective ces dernières années, demeure insuffisante malgré des préconisations convergentes de la Cour des comptes et du Parlement.*

*Pour autant, les données issues des enquêtes déclaratives auprès des salariés et des agents publics mettent en avant un taux d'absences pour raisons de santé un peu supérieur dans la fonction publique à ce qui est constaté dans le secteur privé, et en augmentation. La FPH et la FPT apparaissent davantage exposées aux arrêts maladie que la FPE.*

*La Cour a évalué le nombre de jours non travaillés du fait des agents publics en arrêt maladie entre 241 000 ETP et 252 000 ETP selon les sources de données utilisées, et un montant de rémunérations brutes chargées supérieur à 11 Md€. Ces chiffres sont cependant imprécis et probablement supérieurs aux montants effectifs en raison de la méthodologie de calcul retenue, basée sur un maintien intégral de la totalité du salaire, ce qui n'est pas toujours le cas en pratique.*

*Quant aux dépenses engagées pour assurer la continuité du service, elles ne sont que très rarement isolables, les motifs des heures supplémentaires et des remplacements n'étant pas précisément connus.*

*L'amélioration de la connaissance du sujet constitue un enjeu pour les employeurs, ce qui nécessite de renforcer les outils de collecte des données sociales portant sur les arrêts maladie.*

*En conséquence, la Cour formule la recommandation suivante :*

- 1. Définir des indicateurs harmonisés communs aux trois versants de la fonction publique pour mesurer les absences pour raison de santé dans le cadre des travaux de structuration des bases de données sociales. (DGAFP, DGCL, DGOS).*



## **Chapitre II**

### **Des règles complexes de rémunération**

#### **des arrêts maladie, des processus peu efficaces**

La rémunération des agents publics en arrêt maladie est encadrée par un ensemble de textes législatifs et réglementaires (I), d'application complexe pour les employeurs et les agents (II). La mise en œuvre de cette réglementation souffre de processus de gestion peu informatisés et de délais parfois importants de traitement (III).

D'autre part, la crise sanitaire a nécessité la mise en place d'un dispositif pragmatique concernant la position administrative des agents publics ainsi que des dérogations à certaines règles permettant de répondre aux besoins d'adaptation des services, mais dont le pilotage s'est avéré limité (IV).

#### **I - Une mosaïque de règles de rémunération des arrêts maladie**

Si la rémunération des agents titulaires en arrêt maladie a pour socle le maintien du traitement indiciaire, elle comporte de nombreuses différences de traitement des régimes indemnitaires (A) alors que celle des agents contractuels s'adosse, sans s'y limiter, aux règles du régime général (B). Le taux de remplacement du revenu des agents dépend également des primes pour service fait et le cas échéant des versements des mutuelles de prévoyance (C)<sup>36</sup>.

##### **A - La rémunération des agents titulaires différente selon les employeurs**

La rémunération des congés maladie des agents titulaires repose sur un socle commun aux trois versants de la fonction publique : l'employeur public prend en charge sur son budget l'indemnisation de l'agent en arrêt maladie ; le traitement indiciaire est, dans un premier temps, intégralement maintenu ; le supplément familial de traitement (SFT) et l'indemnité de résidence sont maintenus ; les périodes d'arrêt maladie sont prises en compte pour l'avancement à l'ancienneté et la détermination du droit à la retraite ; enfin le premier jour d'arrêt d'un congé de maladie ordinaire (CMO) se voit appliquer un jour de carence.

---

<sup>36</sup> Pour les salariés du secteur privé, les différences de taux de remplacement tiennent essentiellement aux contrats de prévoyance souscrits par leurs employeurs respectifs.

### Le jour de carence

Instauré au 1<sup>er</sup> janvier 2012<sup>37</sup> puis abrogé au 1<sup>er</sup> janvier 2014<sup>38</sup>, le jour de carence a été rétabli au 1<sup>er</sup> janvier 2018<sup>39</sup>. Il s'applique à l'ensemble des agents publics titulaires et contractuels civils et aux militaires, mais pas à l'ensemble de leurs arrêts maladie<sup>40</sup>.

Cette mesure consiste à ne pas verser de rémunération ou d'indemnité journalière le premier jour de l'arrêt maladie. La retenue s'applique aussi bien sur la rémunération principale que sur les primes et indemnités liées à l'exercice des fonctions. Des dispositifs ont cependant été mis en place pour que ne soient pas prélevés un nombre élevé de jours de carence sur la même paie. Pour éviter les comportements de substitution, aux termes de la circulaire du 15 février 2018 relative au non versement de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie des agents publics civils et militaires, « le premier jour de congé de maladie ne peut en aucun cas être compensé par un jour d'ASA, un jour de congé ou un jour de RTT ».

Les agents contractuels, pour leur part, sont soumis à deux régimes de jour de carence. Concernant les indemnités journalières, le dispositif du régime général s'applique : ils ne touchent donc des IJSS qu'à partir du 4<sup>ème</sup> jour d'arrêt maladie. Concernant le complément de rémunération versé par l'employeur, le jour de carence public s'applique : ils ne touchent le complément de rémunération qu'à partir du 2<sup>ème</sup> jour.

En revanche, la prise en charge de la part indemnitaire des rémunérations des agents est fonction des versants et des employeurs (cf. annexe n° 8).

Pour les agents titulaires de la FPE, les primes et indemnités forfaitaires liées au cycle de travail, y compris celles rétribuant des sujétions particulières (la nouvelle bonification indiciaire (NBI), par exemple) sont maintenues dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire en cas d'arrêt maladie ordinaire<sup>41</sup>, en revanche, en cas de longue maladie, les primes relatives aux fonctions ne sont pas maintenues.

Pour les agents titulaires de la FPT, les conditions de suspension ou de maintien des primes et indemnités sont fixées par délibération par chaque collectivité territoriale. Pour la FPH, aucune disposition générale ne fixe les règles de maintien ou de suspension des primes et indemnités. Cette modalité est donc à la discrétion des établissements. Ces éléments sont importants compte tenu de la proportion des primes dans la rémunération des agents titulaires (cf. tableau ci-après).

<sup>37</sup> Cf. article 105 de loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

<sup>38</sup> Cf. article 126 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014.

<sup>39</sup> Cf. article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

<sup>40</sup> Ne sont pas concernés les congés pour accident du travail ou maladie professionnelle, le congé de longue maladie, le congé de longue durée, le congé de grave maladie et les congés maladie durant la grossesse. En outre, le jour de carence ne s'applique pas lors d'un deuxième congé maladie posé dans un délai de 48 heures après un premier arrêt.

<sup>41</sup> Cf. décret n° 2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'État et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés et circulaire n° BCRF 1031314C relative à l'application du décret n° 2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'État et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés.

**Tableau n° 4 : conditions de versement des primes et indemnités forfaitaires liées au cycle de travail pendant l'arrêt maladie et taux moyen de primes par catégories**

Fonction publique	Conditions de versement des primes et indemnités forfaitaires liées au cycle de travail pendant l'arrêt maladie	Taux moyen de primes Agents de catégorie A	Taux moyen de primes Agents de catégorie B	Taux moyen de primes Agents de catégorie C
FPE	Mêmes règles que le traitement indiciaire	19,8 %	31 %	27,5 %
FPT	Conditions fixées par délibération par chaque collectivité territoriale	30,8 %	24,8 %	22,5 %
FPH	Conditions à la discrétion des établissements	25,8 %	22,6 %	25,4 %

Source : Cour des comptes d'après réglementation et d'après Rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2020, page 181, concernant les taux moyens de primes

Des dérogations d'ordre réglementaire ou local au droit commun existent, aux fondements juridiques parfois mal assurés. Quelques exemples sont donnés ci-après.

#### **Des dispositifs dérogatoires au droit commun de la rémunération des arrêts maladie**

Certains agents publics bénéficient de dispositifs dérogatoires à ce droit commun. Il en est ainsi pour les fonctionnaires actifs de la police nationale en application de l'article 19 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité. Le décret du 9 mai 1995 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires actifs des services de la police nationale prévoit en son article 39 que « les fonctionnaires actifs des services de la police nationale placés en congé de maladie conservent pendant une durée d'un an l'intégralité de leur traitement auquel s'ajoutent les indemnités dont la liste est fixée par arrêté interministériel ».

Il en est de même des pratiques de certains employeurs territoriaux. Ainsi, Bordeaux Métropole assure le maintien du plein traitement en cas de CMO supérieur à trois mois, sur un fondement juridique cependant fragile, qui a conduit la chambre régionale des comptes Nouvelle Aquitaine à recommander d'y mettre fin<sup>42</sup>.

## **B - La rémunération des agents contractuels calquée sur le régime général**

Les agents contractuels<sup>43</sup> et les agents titulaires à temps non complet en arrêt maladie relèvent du régime juridique des IJSS (cf. annexe n° 10, pour le détail des indemnités versées aux agents contractuels).

<sup>42</sup> Cf. Chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine, *Bordeaux Métropole*, exercices 2014 et suivants, rapport d'observations définitives, mars 2020.

<sup>43</sup> Sont aussi concernés par ces dispositions : les maîtres délégués qui assurent des remplacements, en application de l'article R. 914-58 du code de l'éducation ; les assistants maternels et familiaux. Les apprentis relèvent directement du régime général de la sécurité sociale, sans les modalités d'adaptation prévues par le décret sur les agents contractuels de droit public. En revanche, les services gèrent aussi quelques agents contractuels de droit privé (Berkani) qui relèvent de la seule réglementation relative à la protection sociale des salariés. La DGFIP, par exemple, a mis en place un dispositif particulier pour accompagner cette population d'agents.

Les salaires versés aux agents contractuels étant globalement inférieurs à ceux des agents titulaires<sup>44</sup>, les plafonds de calcul des IJSS sont rarement atteints. D'autre part, la compensation s'effectuant sur la base du salaire brut total perçu le mois précédent, la totalité des éléments de rémunération est prise en compte dans le calcul. Ainsi, pendant la période de prise en charge de l'indemnisation, celle-ci n'est pas moins favorable pour les agents contractuels que pour les agents titulaires.

De plus, les agents contractuels en arrêt maladie ne perçoivent pas que des IJSS. Comme dans le secteur privé, une différence existe entre les agents contractuels au statut précaire (CDD, période d'essai par exemple) et ceux en situation d'emploi stable (CDI, emplois permanents par exemple). En effet, les agents contractuels, qui justifient d'une certaine ancienneté dans leur administration, bénéficient<sup>45</sup>, pendant une certaine durée, du maintien de leur plein ou demi-traitement selon les règles définies par décret. Les IJSS sont alors déduites du plein ou du demi-traitement (cf. annexe n° 10).

Les IJSS perçues par les agents contractuels sont versées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), sauf en cas de subrogation<sup>46</sup>. Cette dernière facilite le versement des indemnités à l'agent. Les modalités de gestion sont en effet supportées par l'employeur, la CPAM lui remboursant les IJSS *a posteriori*. Pour la FPE, le dispositif de subrogation est prévu pour les agents contractuels à temps complet en fonction depuis plus d'un an. Les collectivités territoriales et les établissements de santé y recourent en partie.

Par ailleurs, l'agent contractuel, justifiant d'au moins 3 ans de service, atteint d'une maladie présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée (cancer, diabète, sclérose en plaques, etc.) et nécessitant un traitement et des soins prolongés, peut bénéficier d'un congé grave maladie (voir détails en annexe n° 10). Les périodes de congé de grave maladie sont prises en compte pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté et le droit à la retraite.

Enfin, quand un agent contractuel, recruté sur un emploi permanent, cesse ses fonctions pour raison de santé et se trouve sans droit à congé rémunéré de maladie<sup>47</sup>, il est soit placé en congé sans traitement pour maladie pour une durée maximale d'une année si l'incapacité d'exercer les fonctions est temporaire ; soit licencié si l'incapacité de travail est permanente. L'agent peut toutefois formuler une demande de reclassement sur un autre emploi dans un délai qui varie selon son ancienneté. En cas de refus de l'emploi proposé par l'administration ou en cas d'impossibilité de reclassement, l'agent est licencié.

## **C - L'impact significatif de la composition du salaire sur la rémunération de remplacement**

Compte tenu des diverses règles applicables aux primes en cas de CMO, les agents publics bénéficiant d'une rémunération similaire percevront, pour une même durée d'arrêt maladie, des indemnités différentes en fonction du versant de la fonction publique auxquels ils appartiennent, mais aussi du choix de leurs employeurs en matière de primes forfaitisées. La part des primes

---

<sup>44</sup> Cf. Cour des comptes, *Les agents contractuels dans la fonction publique*, septembre 2020.

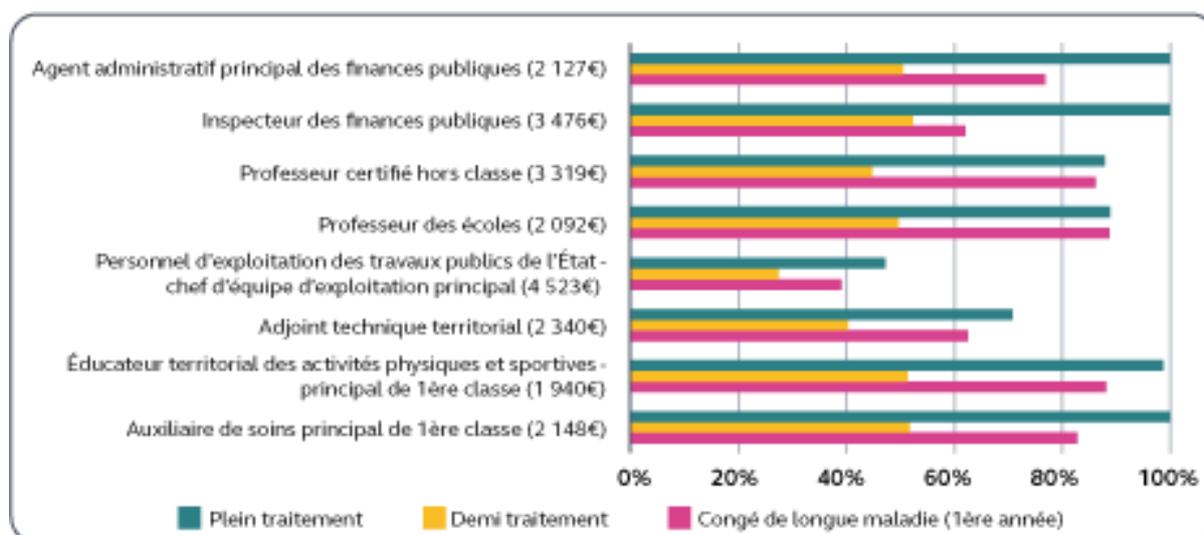
<sup>45</sup> Articles L. 1226-1, D. 1226-1 à D. 1226-3 du code du travail.

<sup>46</sup> Article. R. 323-11 du code de la sécurité sociale.

<sup>47</sup> Cf. décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 ; décret n° 88-145 du 15 février 1988 ; décret n° 91-155 du 6 février 1991.

non liées au cycle de travail dans la rémunération (heures supplémentaires notamment) a également un impact important sur le taux de remplacement puisque celles-ci ne sont pas prises en compte dans le calcul de l'indemnisation (cf. graphique ci-après pour une illustration de ces différences), alors qu'elles le sont dans le régime général applicable aux agents contractuels et aux salariés du secteur privé.

### Graphique n° 5 : taux effectif de remplacement des rémunérations des agents titulaires en arrêt maladie – quelques exemples sur des agents de la FPE et de la FPT



Source : Cour des comptes à partir de fichiers de paie anonymisés / Précision méthodologique : les exemples présentés concernant les personnels enseignants ne s'appliquent qu'à ceux effectuant des heures supplémentaires

Lecture : Un agent administratif principal des finances publiques ayant un salaire mensuel net de 2 127 €, bénéficie d'un taux de remplacement salarial de 100 % lors d'une période d'arrêt maladie à plein traitement ; de 50 % lors d'une période d'arrêt maladie à demi traitement et de 77 % au cours de la 1ère année du congé de longue maladie.

Un adjoint technique territorial ayant un salaire mensuel net de 2 340 €, bénéficie d'un taux de remplacement salarial de 71 % lors d'une période d'arrêt maladie à plein traitement ; de 40 % lors d'une période d'arrêt maladie à demi traitement et de 62 % au cours de la 1ère année du congé de longue maladie.

L'impact des écarts de taux de remplacement peut être atténué par les assurances souscrites par les agents. Actuellement, une partie des agents publics souscrivent, sur une base volontaire, des contrats de prévoyance qui leur permettent de percevoir des indemnités complémentaires aux versements des employeurs publics et, pour les agents contractuels, à ceux des CPAM. La couverture de la perte de rémunération résultant d'un arrêt maladie est l'une des offres spécifiques des mutuelles de la fonction publique.

Même si le taux de couverture des actifs en prévoyance n'est pas précisément connu, l'obligation de couplage de la complémentaire santé avec certaines garanties de prévoyance instaurée dans la FPE par le décret du 19 septembre 2007<sup>48</sup> a conduit à ce que sept agents sur dix, en 2017, disposaient d'au moins une protection contre les pertes de revenus entraînées par une incapacité temporaire de longue durée<sup>49</sup>.

<sup>48</sup> Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

<sup>49</sup> Cf. *Protection sociale complémentaire des agents publics*, IGF, IGA, IGAS, juin 2019.

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique rend obligatoire l'adhésion, à terme, des agents de la fonction publique à une couverture santé et prévoyance, la participation financière de l'employeur devant couvrir 50 % des cotisations. Selon les options qui seront retenues pour son application, il pourrait en résulter une diminution des écarts de taux de remplacement.

## **II - Une gestion des arrêts, difficile pour l'employeur, peu lisible pour les agents, à simplifier**

Le processus de gestion des arrêts maladie recèle de nombreux facteurs de complexité qui allongent les délais de traitement des dossiers (A), rendent difficile pour les employeurs l'utilisation des outils à leur disposition (B) et entraînent l'incompréhensions des agents (C).

### **A - De nombreuses sources de complexité et des retards dans les processus**

La prise en charge financière de l'agent public en arrêt maladie est subordonnée à la transmission par celui-ci, à son administration, de l'avis d'arrêt de travail justifiant du bien-fondé du congé de maladie. Seuls les volets des certificats d'arrêt de travail qui ne comportent pas de mentions médicales à caractère personnel, c'est à dire les volets 2 et 3, sont transmis aux services du personnel. Les agents doivent donc conserver le volet 1, comportant les informations d'ordre médical qui devra être présenté à toute requête du médecin agréé par l'administration en cas de contre-visite. Le volet 2 indique toutefois si l'arrêt de travail est consécutif ou non à une affection de longue durée (ALD).

Malgré ces précautions, les gestionnaires « ressources humaines » (RH) ont malgré eux un certain degré de connaissance des raisons médicales des congés maladie en raison de nombreuses erreurs dans la transmission des documents. Les entorses au respect du secret médical pouvant faire l'objet de recours de la part des agents, il serait nécessaire d'inclure systématiquement dans la formation des gestionnaires RH un module sur le respect du secret professionnel et de la déontologie spécifique au secret médical.

Les procédures nécessitent le respect d'un formalisme important, l'intervention d'expertises médicales nombreuses en cas de renouvellement des droits (CLM et CLD, tous les 3 ou 6 mois notamment) ou de demande de reprise du travail. Elles sont qualifiées de « très lourdes et contraignantes » par les gestionnaires qui reconnaissent avoir des difficultés à respecter le formalisme des dossiers, notamment en cas de demandes de CLM, CLD ou de reconnaissance d'imputabilité de la maladie au service. La relation avec les instances médicales manque souvent de compréhension mutuelle : les services gestionnaires font valoir que ces instances ne répondent pas aux questions posées par l'administration en vue d'adapter l'accompagnement aux spécificités de la pathologie des agents. Enfin, dans un contexte de pénurie médicale, la nécessité pour les administrations de solliciter des expertises médicales plusieurs fois pour un même dossier multiplie les procédures et allonge les délais de traitement.

La requalification d'un motif de congé maladie est particulièrement complexe comme en témoigne les deux cas suivants.

Si un agent obtient l'accord du comité médical pour un CLM ou un CLD au cours d'un CMO antérieurement accordé, le service gestionnaire doit requalifier la période précédente et modifier les conséquences financières que cette requalification implique. Par exemple : si un agent titulaire, en CMO depuis cinq mois, obtient la requalification en CLM, une modification des deux mois de paie à demi-traitement aura lieu pour rétablir le plein traitement.

La reconnaissance ou la requalification de l'imputabilité au service d'une maladie sont des procédures ardues. Lorsqu'un agent public adresse à son administration une déclaration d'accident de service ou de trajet, il est placé en CMO en attente d'une décision de l'administration dans un délai de quatre mois. Au terme de ce délai, en absence de décision, l'agent est placé provisoirement en congé pour invalidité temporaire imputable au service (Citis). Si l'administration ne constate finalement pas l'imputabilité au service de l'accident, l'agent doit rembourser les rémunérations et les frais médicaux indûment perçus. Si en revanche, elle reconnaît l'imputabilité, le CMO est requalifié en Citis, avec prise en charge à plein traitement depuis le premier jour de congé.

La requalification des congés peut aussi avoir un impact sur la gestion du dossier par la mutuelle si elle intervient au titre de la prévoyance. La mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) indique en effet que les délais de requalifications des arrêts (CMO pour lequel la période à demi-traitement est requalifiée en CLM, CLD à plein traitement ou de retraite pour invalidité) peuvent être parfois de plus de deux ans et conduire à des difficultés financières accrues si la mutuelle est intervenue en complément de la période initiale qui a été requalifiée. Une période en demi-traitement indemnisée au titre du régime complémentaire, et qui fait l'objet d'une requalification et d'une reprise à plein traitement d'une période indemnisée, conduit à reconvertir en indu une prestation réglée par la mutuelle (ces sommes peuvent parfois atteindre des montants élevés, jusqu'à 10 000 €).

La Cour constate que dans beaucoup de cas la complexité des procédures ne peut être facilement réduite car elle résulte d'une combinaison entre un état de la réglementation et la diversité des cas personnels qui vise in fine à approcher de la façon la plus juste possible la situation réelle des agents tout en garantissant les intérêts des deux parties.

Pendant certaines sources de complexité pourraient être réduites.

Les CLM et CLD sont construits selon une logique de liste qui ne permet pas de prendre facilement en compte, dans la fonction publique, les évolutions des pathologies et de leur prise en charge médicale, notamment au regard de l'évolution des protocoles médicaux et du caractère chronique de certaines maladies. Les listes de maladies ne sont pas actualisées et peuvent se révéler obsolètes du fait de l'évolution de la recherche médicale, de la pluralité des pathologies et de leur déclinaison. Si la liste des pathologies visées pour ces congés longs était prévue par voie réglementaire, l'administration pourrait adapter cette liste de manière régulière.

De surcroît les mécanismes d'articulation entre le CLM et le CLD des agents titulaires rendent complexe le décompte des droits de ces congés maladie et les modalités d'attribution des CLM et CLD par les instances médicales par période de 3 à 6 mois créent un rythme de réexamen des droits qui ne semble plus correspondre aux modalités de prise en charge médicale.

Ainsi, il serait plus opérant de simplifier la liste des congés pour maladie, comme dans le régime général, en deux situations : le congé de maladie ordinaire et le congé de maladie longue durée.

Concernant les agents contractuels, il peut arriver que la CPAM ne suive pas les avis des instances médicales de la fonction publique<sup>50</sup>. Par exemple : dans le cas où un agent contractuel est placé en congé de grave maladie par le comité médical et que sa reprise d'activité ne peut avoir lieu que sous réserve d'un nouvel avis, si la CPAM refuse de poursuivre l'indemnisation pour maladie car elle réfute l'avis du comité médical, l'agent peut se retrouver en difficulté financière puisqu'il ne percevra plus les IJSS, sans pouvoir reprendre son travail, en l'absence d'accord du comité médical. De même, l'intervention des acteurs privés dans les dossiers d'accidents du travail et de maladie professionnelle peut rendre plus complexe leur traitement, lorsque les employeurs de la FPT et de la FPH se tournent vers des assurances privées pour couvrir leurs risques<sup>51</sup>.

De manière à éviter les divergences, mais aussi la mobilisation en doublon des experts médicaux sur un même dossier dans un contexte de pénurie médicale, il serait pertinent de modifier la réglementation pour qu'un seul avis soit nécessaire pour qualifier l'arrêt de travail ou le taux d'incapacité.

## **B - Des outils de gestion peu adaptés au besoin des employeurs**

Plusieurs exemples sont donnés de l'inadaptation des outils de gestion pour assurer des procédures aux articulations extrêmement complexes.

En premier lieu, les employeurs rencontrent des difficultés pour contrôler la transmission des arrêts de travail sous 48 heures et surtout gérer les conséquences multiples de l'irrespect de cette règle.

### **Le dispositif de contrôle de la transmission des arrêts maladie, ses effets sur la rémunération des agents**

Aux termes du décret 14 mars 1986<sup>52</sup>, pour obtenir un congé maladie ainsi que le renouvellement du congé initialement accordé, l'agent doit adresser à son employeur, dans un délai de quarante-huit heures suivant son établissement, un avis d'interruption de travail. En cas d'envoi de l'avis d'interruption de travail au-delà de ce délai, l'administration informe par courrier l'agent du retard constaté et de la réduction de la rémunération à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif. En cas de nouvel envoi tardif dans les vingt-quatre mois suivant l'établissement du premier arrêt de travail, le montant de la rémunération afférente à la période écoulée entre la date d'établissement de l'avis d'interruption de travail et la date d'envoi de celui-ci à l'administration est réduit de moitié<sup>53</sup>. La rémunération à prendre en compte comprend le traitement indiciaire brut ainsi que les primes et indemnités perçues par l'agent (à l'exception de certaines mentionnées explicitement).

<sup>50</sup> Cf. *Protection sociale complémentaire des agents publics*, IGF, IGA, IGAS, juin 2019.

<sup>51</sup> Cf. *Évaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique, rapport de diagnostic*, IGA, IGAS, IGAENR, mars 2017.

<sup>52</sup> Cf. décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés maladie des fonctionnaires.

<sup>53</sup> Cette réduction de la rémunération n'est pas appliquée si le fonctionnaire justifie d'une hospitalisation ou, dans un délai de huit jours suivant l'établissement de l'avis d'interruption de travail, de l'impossibilité d'envoyer cet avis en temps utile.

Pour appliquer ces règles, les services souffrent de façon générale du manque de dématérialisation des actes et de l'absence d'une chaîne traçable et contrôlable. Par exemple, dans les régions ou les départements dans lesquelles une grande partie des agents gérés sont des personnels techniques des lycées ou des collèges, les arrêts transitent par les établissements, et mettent parfois du temps à remonter jusqu'aux gestionnaires chargés de la rémunération et de la carrière des agents. La date effective de réception de l'arrêt est alors difficile à tracer.

Lorsqu'ils ont connaissance des retards, les employeurs adressent aux agents des courriers de mise en garde pour non-respect du délai de transmission lors du premier retard et appliquent la retenue sur salaire des récidives dans le délai de 24 mois. Toutefois, ces montants concernant la FPE ne sont pas significatifs (environ 40 000 € pour toute la FPE dans les cinq dernières années). D'autre part, la circulaire du 18 janvier 2012 relative aux modalités de mise en œuvre de l'article 115 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 indique que les absences au titre des congés pour raison de santé réduisent, à due proportion, le nombre de jours de RTT que l'agent peut acquérir<sup>54</sup>. Les services RH ne déduisent pas les jours de RTT à l'expiration du congé pour raisons de santé, mais au terme de l'année civile de référence. La régularisation des droits à repos des agents s'effectue en début d'année civile suivant l'année concernée par les absences constatées au titre de la maladie. Toutefois, cette régularisation nécessite un suivi particulier dont l'application ne peut être garantie dans tous les services, du fait du manque de coordination entre le module de gestion des arrêts maladie et de celui d'attribution des droits à RTT. Cette procédure peut faire l'objet de questions de la part des agents qui n'ont pas forcément connaissance de la perte de jours d'RTT associés aux arrêts maladie.

En second lieu, le suivi des droits des agents contractuels avec l'assurance maladie entraîne des processus lourds, très souvent défectueux.

Après quatre mois, les agents contractuels ont droit, pour des durées variables, à leur plein traitement, correspondant pour une part aux IJSS versées par l'assurance maladie et pour complément à un versement à la charge de l'administration. Les IJSS versées par la CPAM doivent donc être, le cas échéant, déduites du traitement maintenu par l'employeur. À cette fin, les employeurs doivent se rapprocher des CPAM qui calculent les droits à IJSS (par l'intermédiaire des agents dans certaines administrations). Les employeurs qui n'ont pas opté pour la subrogation doivent récupérer les attestations de versements des CPAM *via* les agents eux-mêmes. Ceux qui ont opté pour la subrogation doivent disposer également de ce calcul afin de demander aux CPAM le remboursement de la part de la rémunération versée aux agents correspondant aux IJSS.

Dans les deux cas, il existe des risques d'erreurs et de non-récupération des montants versés par l'employeur que seule la construction de chaînes de traitement entre les deux parties permettrait de régler de façon efficiente.

À défaut, certains employeurs publics<sup>55</sup> choisissent de ne pas modifier le dossier de paie de l'agent pour qu'il continue à percevoir une rémunération équivalente à celle qu'il touche lorsqu'il est en activité. L'agent reçoit en parallèle des IJSS de la CPAM (avec un délai pour la mise en place des versements) et doit ensuite communiquer à son employeur le montant des

<sup>54</sup> Cf. article 115 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

<sup>55</sup> La DGFIP par exemple.

prestations perçues par la CPAM (sous peine de suspension de tout versement de la part de leur employeur). L'employeur est ensuite amené à récupérer sur les paies à venir de l'agent les IJSS au titre des mois précédents. Si globalement cette pratique est neutre pour les finances de l'État, elle fait porter sur la masse salariale du budget général l'impact des délais de traitements des CPAM, ce qui ne paraît pas justifié quand une subrogation n'est pas mise en place.

### **C - Des retards peu acceptables pour les agents et sources d'une lourdeur accrue**

Pour les agents, les dysfonctionnements des processus de gestion des arrêts maladie provoquent non seulement des difficultés de compréhension, mais surtout d'importantes conséquences financières.

Le traitement perçu par les agents publics en arrêt maladie découle de règles beaucoup plus complexes que le simple maintien du traitement couplé à l'application du jour de carence. Pour les CMO, les SIRH calculent chaque jour l'utilisation des droits à congés maladie afin d'appliquer un passage à demi-traitement lorsque les 90 jours de CMO sur douze mois glissants sont atteints. L'impact sur un mois de paie peut facilement être opaque pour les agents car chaque jour du mois peut être valorisé différemment (une partie de jours étant à plein traitement, l'autre à mi traitement, par exemple). De plus, le taux de maintien des primes dépend de l'employeur de l'agent.

Par ailleurs, en cas de prolongation de la maladie, les changements de qualification du congé et les délais de décision peuvent conduire les agents à devoir reverser *a posteriori* des indus de rémunération, à rembourser des frais médicaux qui étaient pris en charge ou pour les agents contractuels à rembourser des IJSS, alors même que l'agent peut avoir dépensé ces sommes.

La Cour insiste sur la nécessité, dans l'intérêt des agents publics, d'optimiser l'ensemble des processus des arrêts maladies, en favorisant la dématérialisation, la réduction des délais concernant les avis médicaux et la professionnalisation des acteurs, afin que les conséquences financières sur la paie des agents soient mises en œuvre de manière définitive, en limitant corrections et ajustements à quelques situations ponctuelles.

Elle estime que les agents ont besoin d'un accompagnement de la part de leurs gestionnaires RH en raison de la complexité des règles. Des informations devraient leur être données qui leur permettent d'anticiper leur situation financière, même de façon très générale et évoquant les scénarios possibles.

Ceci implique que les services gestionnaires aient non seulement la formation nécessaire, mais disposent des outils de gestion à hauteur d'une réglementation touffue. Aussi l'accompagnement des services RH doit être renforcé pour assurer la professionnalisation des équipes (voir annexe n° 12 - Exemples de bonnes pratiques à la DGFIP).

### III - Le manque de fluidité des outils informatiques

Si les outils informatiques sont utilisés pour gérer une partie des processus des arrêts maladie (SIRH), notamment ceux ayant un impact en paie, ils ne s'appuient que marginalement sur la dématérialisation des flux de données (A). D'autre part, les délais de traitement des informations dans les SIRH, la faiblesse des modules de pilotage et la confidentialité de certaines données de santé empêchent les services de disposer en temps réel de données d'analyse (B). Ces faiblesses interviennent dans le cadre d'une pénurie médicale et de dysfonctionnements des instances médicales (cf. annexe n° 14).

#### A - Une dématérialisation insuffisante des flux de données

Les arrêts maladie sont gérés dans les SIRH des employeurs, interfacés par ailleurs avec leurs systèmes de paie. Les impacts en paie des arrêts de travail sont calculés automatiquement par les SI en fonction des informations contenues dans le dossier des agents, selon les règles prédéfinies dans le système en application de la réglementation. Concernant la majorité des personnels de la FPE<sup>56</sup>, la paie est pré-liquidée dans les SIRH par les employeurs puis déversée dans l'application PAY/PAYSAGE gérée par la DGFIP pour liquidation et mise en paie<sup>57</sup>.

Toutefois, les données sources sont majoritairement issues de saisies manuelles. Les justificatifs sont sous format papier (volets 2 et 3 de l'arrêt de travail, avis des commissions médicales et de réforme, transmission des justificatifs d'IJSS touchés par les agents contractuels en l'absence de subrogation, etc.) et très peu de directions des ressources humaines (DRH) se sont dotées de modules permettant aux agents de transmettre leurs arrêts de travail sous format dématérialisé, en remplacement du document original (volets 2 et 3 de l'arrêt de travail). Même dans les cas où les agents transmettent une photographie ou un scan de leurs arrêts de travail, les services RH doivent attendre la réception des originaux pour les prendre en compte dans les SIRH.

Les agents publics ne bénéficient pas de l'obligation de dématérialisation des avis d'arrêt de travail par les médecins traitants. Le déploiement de ce service en ligne pour les professionnels de santé est en cours et sera obligatoire au 31 décembre 2021, en application de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, mais il n'est pas effectif pour le régime spécial des fonctionnaires. Dans le cadre du service dématérialisé mis à disposition des médecins par la CPAM, le médecin doit transmettre de manière dématérialisée les volets destinés à l'assurance maladie (1<sup>er</sup> volet destiné au service

---

<sup>56</sup> Toutes les rémunérations des personnels civils sans ordonnancement préalable (PSOP).

<sup>57</sup> Ces applications notifient l'arrêt de travail ou le passage à demi-traitement d'une part et l'arrêt ou la proratisation de l'indemnité d'autre part par des « mouvements » codifiés transmis à la DGFIP, qui réalise donc ensuite les calculs dans le cadre de la paye sans ordonnancement préalable. Ces mouvements sont générés automatiquement à la suite de la saisie de l'acte administratif dans le dossier administratif de l'agent (CMO, CMO avec demi-traitement, CLM, CLM avec demi-traitement, CLD et CLD avec demi-traitement). Des automatismes sont mis en place, *via* des tables de nomenclatures, pour générer le « mouvement » (de rémunération ou indemnitaire) correspondant à cette situation administrative. Les erreurs détectées sont corrigées le cas échéant, en lien avec les services gestionnaires.

médical et 2<sup>ème</sup> volet destiné aux services administratifs). L'assuré doit tout de même adresser lui-même le 3<sup>ème</sup> volet destiné à l'employeur.

La Cour a eu l'occasion de relever que la dématérialisation des avis d'arrêt de travail était encore partielle en 2019 (47 % des avis en juillet)<sup>58</sup> et a souligné que cette dématérialisation favorise une mise en place accélérée des indemnités en faveur des salariés.

Son application n'est pas prévue à destination des employeurs publics. Il serait pourtant souhaitable que cette possibilité soit ouverte rapidement concernant les arrêts de travail des agents contractuels. Cette télétransmission permettrait notamment en cas de subrogation, d'éviter les défauts de transmission des arrêts de travail. Par ailleurs, son extension aux agents titulaires permettrait d'améliorer les procédures des administrations sur l'ensemble des dossiers.

Cette réforme pourrait être complétée par la transmission dématérialisée du 3<sup>ème</sup> volet de l'avis d'arrêt de travail, destiné aux employeurs. Les médecins télétransmettraient aux salariés et agents publics (*via* l'adresse de messagerie renseignée sur Ameli.fr) ce document, en remplacement du document papier. Cette version dématérialisée du volet 3 serait ainsi une attestation « homologuée » pour les employeurs. Ainsi, le document transmis *via* des portails agents des SIRH pourrait être pris en compte définitivement par les services gestionnaires, sans crainte de falsification.

D'autre part, le passage progressif à la déclaration sociale nominative (DSN) devrait améliorer les échanges entre les employeurs territoriaux et hospitaliers et les CPAM, mais des évolutions majeures sont encore nécessaires dans les SI utilisés par les services de l'État dont la paie est assurée par la DGFIP. Obligatoire pour toutes les entreprises du secteur privé depuis 2017, la DSN le deviendra progressivement pour le secteur public d'ici 2022 (voir annexe n° 11).

La DSN est un dispositif déclaratif entièrement dématérialisé ayant vocation à remplacer l'ensemble des déclarations sociales et celle, fiscale, du prélèvement à la source par une déclaration unique synchronisée avec la paie mensuelle des agents. La DSN est un fichier mensuel produit à partir de la paie et destinée à communiquer les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées. Les données transmises dans la DSN mensuelle sont le reflet de la situation d'un salarié au moment où la paie est réalisée. En complément, elle relate les événements survenus dans le mois (maladie, maternité, changement d'un élément du contrat de travail, fin de contrat de travail, etc.) ayant eu un impact sur la paie.

Si la DSN peut permettre de transmettre les données relatives aux cotisations dans la fonction publique, elle ne sert pas à transmettre les données portant sur les arrêts maladies pour les agents titulaires puisqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime général. Ainsi, les fonctionnaires sont hors champs de la généralisation de la DSN concernant le périmètre d'intérêt de la CNAM. Ainsi, à ce stade, la DSN ne peut servir que pour alléger une partie de la procédure des arrêts maladies des agents contractuels : la CPAM disposant *via* la DSN des montants de salaires des agents, les employeurs n'ont plus à fournir d'attestation salariale. Par

---

<sup>58</sup> Cf. Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre III *Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail*, octobre 2019.

contre, les dates de début et de fin des arrêts ne transitent pas par le flux, mais sont encore transmis sous format papier par les agents contractuels en arrêt.

Les mutuelles sont très favorables à la DSN et souhaitent, au moins pour certaines d'entre elles, être intégrées dans le flux de la DSN (géré par le Groupement d'intérêt public Modernisation des Déclarations Sociales - GIP MDS) car la généralisation de la DSN leur permettra d'améliorer la gestion des dossiers des agents contractuels.

Dans le cadre de la mise en place de la protection sociale complémentaire à compter de 2024, la transmission des données concernant les agents publics titulaires seraient aussi pertinentes pour optimiser la prise en charge de l'ensemble des agents publics.

Concernant les agents contractuels, la mise en place des IJSS nécessite des échanges d'information entre l'employeur, la CPAM et l'agent, et notamment une déclaration de l'employeur concernant les salaires versés. Par ailleurs, afin de ne pas mettre les agents dans une situation financière délicate, certaines administrations maintiennent temporairement le versement complet des salaires, le temps que les CPAM traitent les dossiers de mise en place des IJSS. Cette dérogation, reportant de manière induue sur la trésorerie des employeurs publics les retards de traitement des CPAM, permet aussi aux gestionnaires d'adapter le complément de salaire dû sur la base du calcul définitif des IJSS, et non sur une base prévisionnelle. Du point de vue de la gestion, l'absence de subrogation alourdit considérablement la charge des gestionnaires en matière de suivi auprès des agents, pour la partie du processus visant à obtenir le remboursement des salaires maintenus (réponse aux questions, contentieux éventuels, etc.).

De fait, la subrogation, pratiquée dans la FPT et la FPH par un grand nombre d'employeurs, permet le maintien du traitement des agents contractuels répondant à certaines conditions d'ancienneté, comme pour les agents titulaires. Elle est plus simple pour les gestionnaires et permet une continuité de versements financiers pour les agents concernés (les IJSS apparaissent sur les bulletins de salaire). De plus, les gestionnaires disposent de plus de temps pour réaliser les attestations de salaire transmises à la CPAM.

Toutefois, la subrogation nécessite un suivi important des employeurs, elle impose une fluidité des informations (cf. partie précédente) loin d'être encore organisée. L'employeur doit donc effectuer un arbitrage entre les avantages et les inconvénients des deux procédures en fonction des caractéristiques des agents contractuels employés et de l'organisation de son service des ressources humaines.

Même si la subrogation au sein des services de l'État est complexe d'un point de vue technique ce dont la Cour reconnaît la réalité, il serait cependant légitime et efficace que les services de l'État, notamment ceux employant un grand nombre d'agents contractuels comme le MEN, envisagent sa mise en place, comme les autres employeurs publics.

## **B - Une disponibilité des données réduite et tardive, gênant le pilotage des employeurs**

Les données contenues dans les SIRH sont rarement à jour en temps réel et elles ne permettent donc pas une utilisation pour la gestion courante des services. Les chefs de service tiennent souvent des tableaux de bord manuels, sans lien direct avec les SIRH. D'autre part, s'agissant de la tenue d'indicateurs de pilotage et de statistiques globales, un certain nombre de

SIRH sont uniquement des outils de gestion et ne disposent pas de requêtes permettant l'extraction de données de synthèse accessibles à tous les chefs de service. Certains en sont totalement dépourvus. D'autres n'offrent cette possibilité qu'aux services RH ou centraux. Cette lacune est un frein à l'implication des chefs de services sur le pilotage des absences.

Lorsque les données sont à jour dans les SIRH, les alertes qui peuvent être mises à disposition des gestionnaires RH sont une véritable aide dans la gestion des dossiers en signalant que la durée des absences se prolonge (voir annexe n° 12). Elles sont paramétrées le plus souvent en cohérence avec les grandes étapes des processus qui ont un impact spécifique pour les agents comme le passage à demi-traitement, ou la constitution d'un dossier (CMO au-delà de six mois ou douze mois, prolongation des CLM et CLD, fin de droits, etc.).

Enfin, l'absence de module pour les médecins du travail habilités au secret médical dans les SIRH a comme conséquence une indisponibilité des données sur les motifs des arrêts pour raison de santé nécessaires pour mettre en place des plans de prévention pertinents. En l'absence de ces données, les médecins du travail fondent leurs analyses essentiellement sur les statistiques issus des dossiers qui leur sont signalés pour expertise et dans le cadre d'aménagement de postes.

Concernant les salariés du secteur privé, les CPAM réceptionnent le volet 1 des avis d'arrêt maladie, sur lequel est inscrit le motif justifiant l'arrêt. Des expérimentations ont eu lieu depuis 2018 afin d'utiliser ces données à des fins de prévention : les services médicaux de l'assurance maladie conduisent des réunions territoriales avec les entreprises affectées par des fréquences ou des volumes particulièrement élevés d'arrêt de travail, ainsi qu'avec les médecins du travail dont elles relèvent<sup>59</sup>. La connaissance des employeurs sur les motifs des arrêts de travail (données de synthèse par pathologie) et des éléments de comparaison avec d'autres employeurs comparables est en effet nécessaire pour documenter les plans de prévention.

Pour mettre en place des plans de prévention pertinents dans la fonction publique, il serait aussi nécessaire que les employeurs publics bénéficient d'une connaissance statistique basée sur le recueil des motifs disponibles dans le volet 1 des avis d'arrêt maladie. Afin de respecter strictement le secret médical, le recueil des données serait confié aux CPAM, qui retransmettraient annuellement aux employeurs des données de synthèse.

## **IV - Pour affronter la crise sanitaire, des choix pragmatiques et efficaces, pilotés dans l'urgence**

La crise sanitaire a nécessité la mise en place d'un dispositif inédit pour répondre aux besoins d'adaptation des services à la crise (A). Ce dispositif s'est révélé pragmatique et agile, mais limité dans son pilotage (B). L'impact global de la crise sanitaire sur les arrêts maladie et leurs coûts pour les employeurs publics ne sont pas encore connus (C).

---

<sup>59</sup> RALFSS 2019, page 165 : En 2019, cette action viserait 500 entreprises de plus de 200 salariés (150 en 2018).

## A - Un dispositif inédit en évolution constante

À la suite de la fermeture, décidée en mars 2020, de tous les lieux publics « non indispensables » et des recommandations sanitaires édictées par le Haut conseil de la santé publique, dans les trois versants de la fonction publique, les modalités d'organisation du travail ont été adaptées de manière à assurer la mobilisation mais aussi la protection des agents publics. À l'exception des agents participant aux plans de continuité de l'activité (PCA) en présentiel, le télétravail est devenu la règle pour tous les agents le pouvant, les autres agents étant placés en ASA (2 et 3).

### 1 - Un dispositif facilitant la mise en arrêt maladie des agents publics atteints de covid 19

Les agents publics atteints de la covid 19 sont placés en congé de maladie ordinaire de droit commun. Des dérogations ont été mises en place pour que les agents contractuels ne remplissant pas encore les droits statutaires à arrêt maladie<sup>60</sup> perçoivent tout de même des IJSS s'ils sont atteints de la covid 19. Cette mesure visait à favoriser les mesures d'isolement des agents. La DGAFP a préconisé, dès mars 2020, eu égard à la situation exceptionnelle et par nécessité d'une protection adéquate des agents, que les employeurs publics appliquent aux agents contractuels les mêmes modalités de gestion que celles recommandées pour les agents titulaires. En conséquence, elle les a incités à ne pas les déclarer en arrêts de travail. Les agents contractuels ont donc pu continuer à percevoir leur rémunération, comme s'ils n'étaient pas en arrêts maladie, lorsque les employeurs ont suivi ces préconisations.

En outre, pour les salariés comme pour les agents publics, le coronavirus, dans sa forme grave, a été ajouté à la liste des maladies professionnelles<sup>61</sup>. Cette reconnaissance a un impact immédiat sur la prise en charge des agents arrêtés pour ce motif et pourrait avoir des effets à moyen et long termes pour les agents dont les conséquences médicales de ce virus sont pérennes. Des circulaires et instructions<sup>62</sup> précisent les modalités de prise en compte par les commissions de réforme des recommandations formulées au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles unique du régime général et d'organisation des services pour l'examen des demandes des fonctionnaires en matière de reconnaissance d'imputabilité au service de cette maladie.

Dans le cadre de la pandémie, l'application du jour de carence a fait l'objet de suspensions qui non continues, ont été difficilement lisibles et ont compliqué le traitement des paies.

---

<sup>60</sup> C'est-à-dire travailler au moins 150 heures sur une période de trois mois civils (ou 90 jours) ou cotiser sur un salaire au moins égal à 1015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six mois civils précédents l'arrêt.

<sup>61</sup> Cf. décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2

<sup>62</sup> Pour la FPE : circulaire du 18 décembre 2020 relative à la reconnaissance des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 dans la fonction publique de l'État ; pour la FPH : Instruction DGOS/RH3/2021/5 du 6 janvier 2021 relative à la reconnaissance des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 dans la fonction publique hospitalière, circulaires en cours de finalisation pour la FPT.

Pendant le premier état d'urgence sanitaire, du 24 mars au 10 juillet 2020, l'application du jour de carence a été suspendue<sup>63</sup>. Cette suppression temporaire du jour de carence s'est appliquée pour tous les arrêts de travail liés à une maladie dans l'ensemble des régimes (régime général, régime agricole et régimes spéciaux dont fonction publique). Au-delà du 10 juillet 2020, le jour de carence s'est appliqué à nouveau. Toutefois, la suspension a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2020 pour les personnes vulnérables et les personnes « cas contact ». À partir du 8 janvier 2021, la suspension du jour de carence a été réintroduite pour les agents publics positifs à la covid 19 initialement jusqu'au 31 mars 2021, puis jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2021<sup>64</sup>.

Par ailleurs, afin de limiter les contaminations sur les lieux de travail, pour les salariés privés dépendant du régime général comme pour les agents publics, la possibilité de s'auto-déclarer en arrêt de travail a été prévue pour les agents devant procéder à un test de détection de la covid 19. Un arrêt de travail peut ainsi être établi par l'assurance maladie suite à la déclaration en ligne auprès de la CNAM. Ces mesures visent à inciter les agents publics, lorsqu'ils ont des symptômes ou sont testés positifs à la covid 19, à s'isoler afin de casser les chaînes de transmission du virus. Une fois déclarée en ligne *via* le site Ameli.fr, il est prévu que la personne qui s'est auto-déclarée positive, en isolement pour une durée de sept jours, soit accompagnée tout au long de sa convalescence, avec un suivi systématique par appels téléphoniques et une proposition de visite à domicile par un infirmier.

## **2 - L'autorisation spéciale d'absence pour les agents titulaires, un recours pratique face à des situations inédites**

Depuis mars 2020, le télétravail est « *la règle impérative pour tous les postes qui le permettent* »<sup>65</sup>, sous réserve que les employeurs équipent les agents des outils et accès nécessaires à cette pratique<sup>66</sup>. Le recours à ASA a été préconisé mais seulement pour les agents publics titulaires pour lesquels aucune solution de télétravail ou aucun aménagement du poste de travail n'est envisageable ou en cas de désaccord entre l'agent et l'employeur, pour les cas suivants :

- les agents identifiés comme cas contact à risque, c'est-à-dire en situation d'isolement, au sens de l'Assurance maladie, cas contacts à haut risque ou en attente du résultat d'un test à la covid 19<sup>67</sup> (selon des durées d'isolement variable) ;
- les agents reconnus par attestation d'un médecin comme vulnérables selon des listes changeantes et les agents partageant le même domicile qu'une personne vulnérable<sup>68</sup>.

---

<sup>63</sup> Cf. article 8 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid 19.

<sup>64</sup> Annonce de la ministre en charge de la fonction publique le 11 février 2021 lors d'un échange avec les organisations syndicales.

<sup>65</sup> Communiqué de presse du 16 mars 2020 « Gestion du covid 19 dans la fonction publique »

<sup>66</sup> La massification de cette pratique combinée à son fonctionnement continu sur la semaine, et au manque de formation préalable des managers et des agents, a parfois conduit à des situations de la création de souffrance au travail chez certains agents. C'est pourquoi, en septembre 2020, la circulaire du Premier ministre relative à la prise en compte dans la FPE de l'évolution de l'épidémie de covid 19 indique, selon une formule plus modérée, que « *le télétravail demeure une pratique qu'il convient de continuer à favoriser* ».

<sup>67</sup> Fiche DGAFP du 23 mars 2020.

<sup>68</sup> Ce dispositif ne s'applique pas aux personnels soignants des établissements de santé, dont la situation doit être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail.

- les parents devant assurer la garde de leurs enfants de moins de 16 ans en raison de la fermeture de la crèche ou établissement scolaire, ou lorsque leurs enfants sont identifiés comme cas contact à risque. Cette mesure ne peut bénéficier qu'à un des parents à la fois sur la base d'une attestation sur l'honneur.

Concernant les agents dont l'activité était réduite du fait de la crise sanitaire, la DGAFP a donné des consignes pour que leur activité soit organisée en combinant tous les dispositifs de droit commun : redéploiement temporaire sur d'autres fonctions, télétravail, modulation du temps de travail, dépôt de congés (congés annuels, jours de réduction du temps de travail ou jours de CET quand cela est possible). C'est seulement après mobilisation de tous ces aménagements qu'un régime d'ASA partiel pouvait être envisagé.

L'ASA n'a pas d'impact sur la rémunération forfaitaire (hors heures supplémentaires, astreintes, etc.) car elle n'est pas apparentée à un arrêt de travail, mais à une exception au principe de rémunération pour service fait autorisée par l'employeur<sup>69</sup>.

Pour limiter l'impact des ASA sur le fonctionnement de services, il a été prévu dans les FPE et FPT que les fonctionnaires en ASA entre mi-mars et mai posent 10 jours de congés (5 jours de RTT et 5 jours de RTT ou de congés annuels). Cette mesure n'a pas concerné les enseignants et les agents de la FPH<sup>70</sup>.

### **3 - Le recours concomitant aux arrêts de travail dérogatoire et aux autorisations spéciales d'absence pour les agents contractuels et titulaires à temps non complet**

Dans les cas précédemment listés pour l'éligibilité des agents titulaires à une ASA, les agents contractuels de droit public et les agents titulaires à temps non complet (moins de 28 heures) peuvent, dans les conditions du régime général, être mis en arrêt de travail dérogatoire. Cet arrêt de travail dérogatoire est fourni par la CPAM, sur la base du justificatif fourni par l'agent. Ce document est codé spécifiquement pour que les gestionnaires RH identifient qu'il provient de la CPAM, sans toutefois connaître le motif de l'arrêt, pour respecter le secret médical.

Toutefois, afin que cet arrêt de travail ne compte pas dans le cadre du calcul des droits à indemnisation (12 mois glissants), la DGAFP a précisé que les agents disposant d'un tel arrêt dérogatoire devaient être placés en ASA par leurs chefs de service. Ainsi, la position statutaire étant prioritaire sur l'arrêt de travail, les agents n'ont pas subi de préjudice quant à leur droit à indemnisation.

En revanche, vis-à-vis du régime général, un arrêt de travail ayant été constaté, il peut donner droit au versement d'IJSS. Les instructions de la DGAFP visant le maintien de la rémunération des agents versée par l'employeur, comme pour les agents titulaires en ASA, une souplesse a été laissée à la discrétion de ceux-ci. Le choix effectif des employeurs publics n'est pas connu de la DGAFP. Toutefois, il est probable que les employeurs de la FPE aient choisi

<sup>69</sup> Cf. instruction n° 7 du 23 mars 1950 pour l'application des dispositions du statut général des fonctionnaires relatives aux congés annuels et autorisations exceptionnelles d'absence. La LTFP prévoit une harmonisation du régime des ASA par décret.

<sup>70</sup> Dans la FAQ du 6 mai 2020, la DGOS précise même que « l'employeur ne peut pas imposer des congés annuels ou RTT » aux agents en télétravail ou en ASA dans les cas d'isolement prise par l'ARS ou la garde d'un enfant de moins de 16 ans.

majoritairement de prendre en charge les agents contractuels comme les agents titulaires alors que ceux de la FPT ont probablement préféré partager les coûts.

## **B - Une mise en œuvre pilotée au gré des circonstances**

La situation exceptionnelle liée à la covid 19 n'avait pas été anticipée par le gouvernement, ni par la DGAFP, responsable de l'édiction des règles transversales s'appliquant aux agents publics, ni par les employeurs publics dans leur ensemble<sup>71</sup>. Des mesures ont donc été définies au fur et à mesure, sur la base d'un cadrage général défini en mars 2020, en cohérence avec les mesures prises par le ministère de l'emploi concernant le secteur privé.

La DGAFP, la DGCL et la DGOS ont, en complément des communiqués de presse et des circulaires du Premier ministre, apporté un soutien aux employeurs publics en précisant les mesures à appliquer. Toutefois, concernant la position dans laquelle devait être mise les agents et leur prise en charge financière, notamment pour les agents contractuels, les services des ressources humaines ont dû faire face à la fois à des évolutions réglementaires régulières et au délai de stabilisation de certaines décisions (application ou non du jour de carence, statut des agents malades, lors de la garde des enfants de moins de 16 ans, lors de la fermeture des établissements scolaires, liste des pathologies rendant vulnérable, etc.). Les directives internes ont évolué dans le temps, en fonction des consignes de la DGAFP, selon les différentes phases de la crise sanitaire. Les chefs de service<sup>72</sup> et les responsables hiérarchiques ont adapté les collectifs de travail dans l'urgence.

Globalement, ces incertitudes et évolutions réglementaires n'ont pas permis aux agents de disposer d'une compréhension claire des mesures. Cette situation a été renforcée par le fait que les trois versants de la fonction publique n'ont pas toujours suivi des règles de mises en œuvre identiques.

Par ailleurs, le contrôle des justifications de positions d'activité dérogatoires des agents n'a pas été optimal. Aucune visite de contrôle n'était possible dans le contexte sanitaire initial. D'autre part, les conditions d'exercice du télétravail pour les parents d'enfants de moins de 16 ans se trouvent dégradées lorsque les enfants sont contaminés ou cas contacts, ainsi que pendant la période où les établissements scolaires étaient fermés jusqu'à l'été 2020.

Même pour les services des ressources humaines disposant de SIRH performants, comme à la DGFIP, il n'était pas possible de contrôler de manière automatique les ASA accordées aux agents. Les seuls types de contrôles possibles ont été manuels en mobilisant les services de ressources humaines de proximité et les responsables hiérarchiques. S'agissant des personnes vulnérables, des contrôles *a priori* ont été effectués en liaison avec les médecins du travail, lorsque les services en disposaient, et les chefs de service des agents concernés afin de s'assurer que seules les demandes d'autorisation d'absence justifiées soient validées dans le SIRH. Ces contrôles ont notamment porté sur la possibilité effective de télétravailleur, sur le dossier médical de l'agent par l'intermédiaire du médecin du travail (seul autorisé à avoir connaissance

<sup>71</sup> Cf. rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique, pages 49 et suivantes.

<sup>72</sup> Selon l'enquête « Horizons 2020 » de la Fédération nationale des centres de gestion de la fonction publique territoriale, pour le compte de l'ADF, l'AMF, l'ARF et le CNFPT, les consignes contradictoires de la part des services de l'État pendant l'état d'urgence sanitaire ont créé des difficultés à 33,2 % des équipes des collectivités territoriales.

des motifs d'absences médicales) ou sur la vérification des attestations des établissements scolaires ou d'accueil lorsqu'ils ne pouvaient accueillir les enfants de moins de 16 ans. Ces vérifications ont dû être adaptées dans le temps en fonction des consignes données par la DGAFP lors des différentes phases de la crise sanitaire. En cas d'erreur constatée, des requalifications portant sur la nature de l'absence ont été effectuées.

Enfin, il n'a pas été mis en place un suivi global de l'impact de la crise sur les arrêts de travail (CMO, CLM et CLD) et le recours aux ASA pour connaître la manière dont les trois versants de la fonction publique ont mis en application ces consignes.

Pendant le premier confinement, la DGAFP a procédé à deux enquêtes au sein de la FPE, l'une auprès des DRH ministérielles et l'autre auprès des responsables hiérarchiques. Un bilan issu d'une première enquête auprès des DRH ministérielles « *pour évaluer globalement le cadre d'emploi dans l'État avec des quantifications par « grandes tranches »*<sup>73</sup> a été présenté au Conseil commun de la fonction publique du 25 juin 2020.

Il en ressortait globalement que, à fin mars 2020, une grande partie des agents étaient en télétravail, que moins de 10 % des agents étaient en position d'ASA - vulnérable et en position d'ASA - garde d'enfants (sauf dans deux ministères) et qu'il n'y avait pas de prévalence particulière des absences maladie (CMO).

Dans un second temps, le Premier ministre a demandé aux ministres<sup>74</sup> de fournir à la DGAFP des données fiabilisées, la ministre de la transformation et de la fonction publiques étant chargée de mettre en place un dispositif de suivi régulier de la situation dans les différents départements ministériels. Ainsi, à partir de septembre 2020, la DGAFP a collecté les données hebdomadaires relatives au suivi de la situation dans l'ensemble de la FPE, sur la base des données observées au cours de la semaine précédant l'enquête<sup>75</sup>. Il faut souligner le caractère innovant et volontaire de cette enquête permettant, même partiellement, de suivre la mise en œuvre des mesures dans la fonction publique au fil de l'eau.

Les données recueillies (cf. annexe n° 15) ont concerné un périmètre pertinent de services de l'État à partir de mi-octobre (semaine 42) avec environ 1,3 millions d'agents couverts (53 % des effectifs de la FPE) pour atteindre environ 1,6 millions d'agents couverts (65 %) à partir de décembre 2020 (semaine 49).

Il ressort de cette enquête déclarative que, sur la période observée :

- les agents de la FPE, hors enseignants<sup>76</sup>, étaient à hauteur d'environ 35 % en télétravail entre un et cinq jours par semaine ;

---

<sup>73</sup> Tous les ministères ont répondu sauf un.

<sup>74</sup> Circulaire du 1<sup>er</sup> septembre 2020 relative à la prise en compte dans la FPE de l'évolution de l'épidémie de la covid 19.

<sup>75</sup> L'enquête, hebdomadaire, a démarré le 23 septembre pour collecter la semaine 39. Elle été adressée à tous les secrétaires généraux et directeurs des ressources humaines des départements ministériels. Chaque semaine, il est demandé de répondre au plus tard le lundi « s+1 » midi. Elle est construite pour donner rapidement et à fréquence hebdomadaire des éléments de diagnostic sur la situation de l'employeur « État » au regard de l'épidémie au niveau départemental.

<sup>76</sup> Les ASA des enseignants n'ont pas fait l'objet d'une saisie dans le SI ministériel en raison d'une impossibilité technique de les enregistrer sans générer automatiquement des retenues sur les « heures supplémentaires années des professeurs, ce qui n'était pas conforme avec l'engagement gouvernemental de maintenir l'intégralité de la rémunération pour les agents concernés par ces ASA. Pour cette raison, il a été impossible d'établir le nombre des enseignants placés en ASA.

- environ 0,5 % des agents de la FPE étaient en position d'ASA sur cette période au moins un jour par semaine ;
- début mars, en cumulé et dans le périmètre de réponses à l'enquête, environ 3,4 % des agents de la FPE s'étaient déclarés effectivement atteints par la covid 19 depuis le début de l'épidémie.

Dans les collectivités territoriales, le suivi des absences dans le cadre de la covid 19 ne pouvait pas non plus découler d'une exploitation des SIRH en l'absence de données, puisque, dans le cadre du respect du secret médical, le motif des arrêts maladie n'est pas une donnée communicable à l'administration. En revanche, certaines communes ont mis en place, comme pour l'État, un recueil de données sur la base du volontariat.

Ainsi, la commune de Vénissieux, interrogée dans le cadre de l'enquête, a mis en place un dispositif de traçage à partir de l'été 2020, lequel a succédé à une organisation articulée entre le télétravail et les ASA. Ce dispositif de traçage repose sur la collaboration entre le service prévention de la DRH et la direction santé publique de la ville. Il permet de recueillir les déclarations volontaires des agents sur la base d'un questionnaire. Ces éléments sont consultés par les membres du service de prévention qui assure le suivi des agents.

Les seules données de synthèse disponibles dans la FPT sont issues de l'enquête « Horizons 2020 » de la Fédération nationale des centres de gestion de la fonction publique territoriale, pour le compte de l'ADF, l'AMF, l'ARF et le CNFPT, publiée le 3 mars 2021. Sur la base d'un panel de répondants d'environ 1 100 collectivités, elle présente des données qui ne concernent ni les ASA, ni le nombre d'agents ayant contracté la covid 19.

## C - Un impact global difficile à appréhender

Les données sur les arrêts maladie de 2020 ne sont pas encore disponibles, cependant les choix de gestion arrêtés pour faire face à la crise sanitaire pourraient déboucher sur une limitation des arrêts de travail pour maladie déclarés, que la commune de Roubaix, interrogée dans le cadre de l'enquête, explique comme suit « *de nombreux agents étant confinés à leur domicile, ils ont moins fait de démarches chez leur médecin qui auraient pu conduire à la reconnaissance d'un CMO, leur absence était couverte par un autre motif (ASA vulnérable, garde d'enfants, ASA mobilisables).* »

Le suivi régulier mis en place par la DGAFP sur le périmètre de la FPE, fiabilisé à partir de la deuxième semaine d'octobre en 2020, fait état d'un taux d'agent placés, soit en ASA, soit en isolement pendant une semaine, variant de 0,65 % à 0,87 % des effectifs. Les taux ne sont cependant probablement pas généralisables à la FPT et la FPH, la structure des emplois et des postes nécessitant la continuité de travail sur site étant par nature différente.

Un autre facteur en lien avec la crise sanitaire a contribué à limiter les CMO : les maladies saisonnières (grippe saisonnière, gastro-entérite virale, et bronchite aiguë sans comorbidité), qui représentent près de 20 % des arrêts de travail, ont quasiment disparu au cours de l'hiver 2020-2021, sans doute sous l'effet des mesures prophylactiques (cf. III.I.A).

Les données internationales disponibles sont peu nombreuses. Cependant celles transmises par la *Corte dei conti* à la Cour confirmerait cette analyse : au premier trimestre de

l'année 2020, l'Italie a connu une diminution significative des arrêts de travail déclaré, que la *Corte dei conti* explique par l'impact de la crise sanitaire et le confinement<sup>77</sup> (cf. annexe 15).

Cette tendance n'est cependant pas homogène. Pour ce qui concerne la DAP, qui a dû assurer une pleine continuité du service pendant le confinement, si les autres formes d'absence (hors congés) des agents où figurent les ASA ont fortement augmenté passant de 656 027 jours en 2019 à 1 115 889 jours en 2020, soit une hausse de 159 %, c'est aussi le cas des CMO, qui ont connu une progression de 41 %, passant de 633 856 jours en 2019 à 802 183 jours en 2020.

Le nombre d'agents publics placés en arrêt maladie pour cause de covid 19 est, quant à lui, inconnu.

Une enquête<sup>78</sup> de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) menée en lien avec l'Inserm<sup>79</sup> a évalué, en mai 2020, le taux d'agents touchés par la covid 19 à 11,4 % pour les professionnels de santé et à 5,7 % pour les autres professionnels. La commune de Courbevoie, interrogée dans le cadre de l'enquête, constate, quant à elle, que les arrêts maladie pour covid 19 ont représenté 4,7 % des absences maladie de ses agents titulaires, les absences sous formes d'ASA en lien avec la covid 19 ayant représenté 52,5 % du total des absences des agents titulaires. La commune précise que ce niveau « *est notamment dû à l'arrêt total ou quasi-total du fonctionnement de certains services durant le premier confinement (écoles, crèches, équipements sportifs, équipements culturels, etc.) et à l'impossibilité d'organiser en télétravail les missions réalisées sur ces postes.* »

Cependant, en dehors des enquêtes nationales de santé publique et des dispositifs mis en place par les employeurs pour recenser les déclarations volontaires d'arrêts de travail pour raison de covid 19, il est impossible de mesurer précisément l'impact de la pandémie sur les arrêts maladie, du fait du secret médical.

En l'absence d'outil statistique spécifique et généralisé, il est difficile de valoriser l'impact des journées de travail non effectuées par les agents publics. Les journées de travail en ASA payées par les employeurs publics<sup>80</sup> sans la contrepartie d'un travail effectué constituent probablement à court terme la perte économique la plus élevée pour les employeurs des trois versants de la fonction publique du fait de la crise sanitaire. Au niveau plus fin de chaque structure, l'évaluation de ces coûts peut parfois être réalisée. Ainsi, la commune de Roubaix a-t-elle procédé à l'évaluation de cet impact pour les besoins de l'enquête. Il en ressort un coût de 6,40 M€ en 2020 (cf. annexe 15).

---

<sup>77</sup> Après une mise en quarantaine ciblée de plusieurs municipalités d'Italie du Nord, dès février 2020, les autorités italiennes ont mis en place un confinement national strict sur la période courant du 10 mars au 3 mai 2020.

<sup>78</sup> Étude de la DREES, Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov, n°1167 – octobre 2020.

<sup>79</sup> Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

<sup>80</sup> Le salaire de l'agent étant intégralement maintenu.



---

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

---

*Les règles de rémunération des agents publics en arrêts maladie se caractérisent par la coexistence de deux régimes distinguant agents titulaires et contractuels. Toutefois, le taux de remplacement salarial découlant de la mise en œuvre de ces règles dépend aussi des employeurs publics, de la répartition entre primes forfaitaires et celles liées au service fait pour les agents titulaires et de la durée des contrats pour les agents contractuels. Les compléments de rémunération des mutuelles sont aussi un élément discriminant de la prise en charge.*

*La gestion des arrêts maladie par les employeurs souffre de la complexité des processus liés notamment aux arrêts maladie de longue durée, des retards générés par l'embolisation des instances médicales et du manque de dématérialisation des flux de données. Pour les agents, la complexité des règles et les dysfonctionnements des processus entament la lisibilité des droits et engendrent des conséquences pécuniaires difficilement compréhensibles, parfois génératrices de difficultés financières.*

*En outre, les données contenues dans les systèmes d'information des ressources humaines concernant les arrêts maladie sont pour partie instables, sous-utilisées ou avec retard, et rarement dans un objectif de pilotage ou de prévention.*

*Enfin, dans le cadre de la crise sanitaire, les administrations publiques ont mis en place un dispositif pragmatique et évolutif, en accordant des autorisations spéciales d'absences aux agents dans l'impossibilité de télétravailleur ou dans des situations personnelles particulières. L'utilisation de ces dispositifs a toutefois souffert d'un manque d'anticipation et de pilotage. La crise sanitaire liée à la covid 19 n'aurait pas accentué le volume des arrêts maladie des agents publics, en raison des modalités de gestion mise en place. L'impact dans les services se matérialiserait surtout dans la diminution des jours travaillés, du fait d'un recours aux ASA notamment durant le premier confinement.*

*En conséquence, pour simplifier les processus de gestion des arrêts maladie, la Cour formule les recommandations suivantes :*

- 2. mettre en place un seul congé de maladie longue durée en remplacement des congés de longue durée et de longue maladie. (DGAFP) ;*
- 3. ne retenir qu'un avis médical (comité médical ou médecin conseil) pour qualifier l'arrêt de travail pour les agents contractuels de la fonction publique. (DGAFP, DSS, CNAM) ;*
- 4. étendre aux dossiers des agents publics la transmission dématérialisée des avis d'arrêt de travail par les médecins. (DGAFP, DSS, CNAM) ;*
- 5. transmettre aux CPAM la totalité des données concernant les arrêts maladie dans le cadre de la DSN. (DGAFP, DGFIP, DSS, CNAM) ;*
- 6. prévoir la transmission obligatoire du volet 1 des avis d'arrêts maladie des agents publics aux CPAM à des fins d'exploitation statistique annuelle à destination des employeurs. (DGAFP, DSS, CNAM).*



## Chapitre III

### Renforcer la maîtrise des arrêts maladie

Plusieurs axes d'action permettraient aux employeurs publics de mieux maîtriser les arrêts maladie. En premier lieu, l'inflexion du nombre des arrêts de courte durée est indispensable grâce à la combinaison d'actions de prévention primaire, d'incitations financières et de mesures de contrôle des arrêts de travail (I). La prévention des risques professionnels et de la désinsertion professionnelle, du ressort des employeurs publics, est plus à même de traiter des arrêts de moyenne et longue durées dont les congés doivent être simplifiés pour rendre plus lisible et fluide leur régime (II). Enfin l'optimisation de l'intervention des professionnels de santé est nécessaire sur l'ensemble du champ de la gestion des arrêts maladie (III).

#### I - Infléchir l'évolution des arrêts de courte durée

Les absences de courte durée résultant d'arrêts de travail pour maladie ordinaire<sup>81</sup>, de par leur caractère massif, sont les plus perturbantes pour le fonctionnement des services, notamment ceux où la charge de travail est difficilement reportable dans le temps<sup>82</sup>. Si des actions de prévention primaire des employeurs peuvent contribuer à la maîtrise de cette catégorie d'arrêts (A), l'utilisation d'incitations financières (B), ainsi que des mesures de contrôle des arrêts de travail (C) apparaissent également comme des outils adaptés à leur résorption.

##### A - Être plus volontariste contre la propagation des maladies saisonnières

Certaines actions de prévention primaire (cf. encadré ci-après) sont adaptées à la régulation des arrêts courts, en particulier ceux liés aux maladies dites saisonnières qui représentent de l'ordre de 20 % des arrêts de travail<sup>83</sup>. Ces maladies engendrent des absences de courte durée<sup>84</sup>, particulièrement concentrées sur la période automnale et surtout hivernale.

---

<sup>81</sup> Les accidents du travail peuvent également engendrer des arrêts maladie de courte durée. Cependant, de par leur nature, les modalités de leur régulation sont davantage celles des arrêts de moyenne et longue durées.

<sup>82</sup> C'est le cas, par exemple, dans les services médicaux des établissements hospitaliers ou de restauration scolaire.

<sup>83</sup> 9,1 % pour la gastro-entérite, 7,5 % pour la grippe et 2,7 % pour la bronchite. Cf. Rapport remis au Premier ministre, *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail, Neuf constats, vingt propositions*, Jean-Luc Bérard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiller, janvier 2019.

<sup>84</sup> La grippe provoque un arrêt moyen de 4,8 jours (chiffres 2014, groupes régionaux d'observation de la grippe).

### Typologie des différentes formes de prévention des arrêts maladie

Les actions de prévention des arrêts de travail pour raison de santé ont pour objet d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. On distingue :

- la **prévention primaire** qui agit sur la santé des agents en limitant sur les lieux de travail la propagation des maladies, surtout saisonnières (pour l'essentiel, grippe saisonnière, gastro-entérite virale, bronchite aiguë sans comorbidité, grâce notamment aux mesures d'hygiène, de vaccination, etc.) ;
- la **prévention secondaire** qui agit à un stade précoce de son évolution (ainsi, les dépistages) ;
- la **prévention tertiaire** qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

Parmi les actions ciblées de prévention primaire, deux ressortent plus particulièrement.

Tout d'abord, la vaccination antigrippale, qui peut être réalisée sur le lieu de travail par la médecine de prévention, son coût étant alors pris en charge par l'employeur. Comme la Cour l'a souligné récemment, la vaccination, tout en étant peu coûteuse, est une des actions de santé publique parmi les plus efficaces<sup>85</sup>.

Aucune donnée nationale ne quantifie la fréquence et l'étendue de cette pratique parmi les employeurs publics. Les données recueillies *via* l'enquête sont contrastées. La DGFIP, grande direction à réseau, ne mène pas de campagne de vaccination antigrippale, laissant cette initiative au secrétariat général du MEFR<sup>86</sup> dont le champ d'intervention se limite à l'administration centrale. La DAP n'organise aucune campagne de vaccination contre la grippe dans les établissements pénitentiaires. Le MEN n'a pas mis en place de politique nationale. À défaut, des académies ont pu mettre en place des actions de vaccination volontaires, touchant cependant un nombre très restreint d'agents (80 agents dans l'académie de Bordeaux, par exemple). D'une manière générale, la pénurie de médecins du travail limite les capacités vaccinales des employeurs publics, ainsi la commune de Roubaix relève que « *l'absence de médecin du travail depuis 2015, et l'incapacité à pourvoir le poste depuis ce départ, n'a pas permis de mener à bien des campagnes de vaccination.* ». La commune de Courbevoie indique, pour sa part, réaliser « *une campagne de vaccination contre la grippe saisonnière, certaines années seulement car [son] prestataire de médecine préventive (...) refuse de réaliser les vaccins* ».

La proposition de loi n° 3718 pour renforcer la prévention en santé au travail dans le secteur privé, en discussion au Parlement, contient un article qui étend expressément les missions de services de santé au travail aux actions de promotion des campagnes de vaccination. Il pourrait être fait de même pour la fonction publique. À défaut, dans le cadre de la généralisation de la protection sociale complémentaire (cf. *infra*), ce type d'intervention pourrait être confié aux mutuelles, ce qu'elles réalisent parfois dans le cadre juridique actuel.

Ensuite la régulation des arrêts de courte durée passe aussi par des mesures prophylactiques des employeurs, fondées sur les articles L. 4121-1 et suivants du code du travail (cf. *infra*) qui leur imposent une obligation de moyens en matière de protection de la santé de leurs agents. Cette obligation a pris une ampleur particulière avec la covid 19, les employeurs

<sup>85</sup> Cf. Cour des comptes, *La politique vaccinale : un enjeu de santé publique, une confiance à conforter*, Rapport public annuel 2018, p. 205.

<sup>86</sup> MEFR : ministère de l'économie, des finances et de la relance.

ayant dû fournir et imposer le port du masque, encourager le lavage des mains, faire appliquer les règles de distanciation physique, développer le recours au télétravail, etc.

Selon les données mises en ligne par Santé publique France, les maladies saisonnières précitées ont quasiment disparu au cours de l'hiver 2020-2021. Certes, les locaux professionnels ne sont pas les seuls lieux de contamination<sup>87</sup>. Pour autant, les mesures rappelées plus haut ont très probablement contribué à cette situation.

Aussi, les employeurs publics pourraient engager une réflexion quant aux mesures prophylactiques à maintenir ou à activer le cas échéant, au-delà de la période d'urgence sanitaire (par exemple, le recours au télétravail en cas d'épidémie grippale virulente).

## **B - Activer avec discernement l'incitation financière en complément des autres dispositifs**

### **1 - L'efficacité du jour de carence sur la fréquence des arrêts maladie de courte durée**

Le jour de carence vise tout d'abord à lutter contre les absences pour maladie de courte durée (cf. partie II.I.A). Ensuite, il fait converger, au nom de l'équité, les règles des secteurs public et privé en matière de prise en charge financière des congés maladie. Enfin, il représente une contribution au financement du remplacement des agents absents.

S'agissant de ce dernier point, il est estimé que le jour de carence a correspondu à 160,4 M€ d'économies en 2012<sup>88</sup> contre 200 M€ attendus initialement. Pour la période la plus récente, concernant la FPE<sup>89</sup>, il a représenté 127 M€ d'économies en 2018, 159 M€ en 2019 et 114 M€ en 2020. Par ailleurs, selon une étude de la direction générale des collectivités locales (DGCL), 124,3 M€ ont été économisés en 2018 dans la FPT<sup>90</sup>. En revanche, aucune donnée n'est disponible pour la FPH.

Ces économies constituent une ressource supplémentaire pour les employeurs territoriaux et locaux<sup>91</sup>, laquelle peut leur permettre de financer les surcoûts résultant des absences. Ainsi, aux Hospices civils de Lyon (HCL), les montants retenus ont financé le recours à du personnel de remplacement<sup>92</sup>.

Pour ce qui est de l'objectif d'équité entre salariés du secteur privé et agents publics, si la mise en place du jour de carence dans la fonction publique rapproche les deux régimes, la convergence est cependant limitée. En outre, comme le montre le tableau ci-après, il est difficile d'assurer une équité entre agents publics et salariés du secteur privé, quand ces derniers

---

<sup>87</sup> Selon une étude l'institut Pasteur, le milieu professionnel a généré 29 % des contaminations à la covid-19 (Étude ComCor sur les lieux de contamination au SARS-CoV-2, décembre 2020).

<sup>88</sup> 60,8 M€ pour la FPE, 40 M€ pour la FPT et 63,5 M€ pour la FPH.

<sup>89</sup> Cf. une extraction issue du système d'information financière de l'État qui couvre un périmètre moindre que la FPE.

<sup>90</sup> Cf. Bulletin d'information statistique de la DGCL, n° 140, décembre 2019.

<sup>91</sup> Pour l'État, les prélèvements au titre du jour de carence génèrent une économie nette pour le budget général car ils sont pris en compte pour établir le budget de l'année suivante.

<sup>92</sup> Cf. Chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes, *Hospices civils de Lyon*, Exercices 2010 à 2016, rapport d'observations définitives, juin 2016.

connaissent eux-mêmes des situations très diverses quant à l'application du jour de carence<sup>93</sup>. Seule l'instauration d'un jour de carence d'ordre public, déjà proposée par la Cour<sup>94</sup> et dans d'autres rapports<sup>95</sup> assurerait l'équité entre salariés du secteur privé et agents publics.

**Tableau n° 5 : prise en charge de la rémunération en cas de maladie ordinaire**

	1er jour	2ème et 3ème jours	À compter du 4ème jour
Agent titulaire FPE, FPT <sup>96</sup> et FPH	Pas de rémunération	Employeur	Employeur
Agent non titulaire FPE, FPT et FPH	Pas de rémunération	Employeur	Assurance-maladie et employeur
Salarié du régime général avec prise en charge du jour de carence	Complémentaire	Complémentaire	Assurance-maladie, employeur et complémentaire
Salarié du régime général sans prise en charge du jour de carence	Pas de rémunération	Pas de rémunération	Assurance-maladie, employeur et complémentaire

Source : Cour des comptes d'après réglementation

Les études statistiques disponibles peinent à faire émerger un consensus sur l'efficacité du jour de carence pour réduire les absences pour raison de santé.

Deux études, l'une de 2017, émanant de l'Insee et portant sur le jour de carence dans la fonction publique<sup>97</sup>, l'autre de 2015 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur le jour de carence dans le secteur privé<sup>98</sup>, sont réservées sur l'efficacité de la mesure. L'étude de l'Insee, réalisée à partir de l'enquête « Emploi », et portant sur la période 2012-2013, constate une forte baisse des arrêts maladie de deux jours chez les fonctionnaires, en même temps qu'une hausse des arrêts d'une semaine à trois mois, la proportion d'agents absents étant stable. Pour la période postérieure à 2018, la DGAFP fait état de constats similaires<sup>99</sup>. L'étude de la DREES relate, quant à elle, que les salariés bénéficiant d'une couverture prenant en charge le délai de carence n'ont pas une probabilité plus élevée d'avoir un arrêt maladie dans l'année que ceux qui n'en bénéficient pas. L'étude indique, *a contrario*, que les durées totales d'arrêts maladie sont significativement plus courtes lorsque le délai de carence est pris en charge.

<sup>93</sup> Selon un rapport de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), 64 % des salariés et 75 % de ceux relevant d'entreprises de plus de 250 salariés bénéficient *via* une couverture complémentaire de la neutralisation du délai de carence.

<sup>94</sup> Cf. Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre III *Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail*, octobre 2019.

<sup>95</sup> Cf. Rapport remis au Premier ministre, *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail, Neuf constats, vingt propositions*, Jean-Luc Bérard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiller, janvier 2019.

<sup>96</sup> Dans la FPT, quelques contrats de prévoyance prennent en charge le jour de carence.

<sup>97</sup> Cf. *Le jour de carence dans la fonction publique de l'État : moins d'absences courtes, plus d'absences longues*. Alexandre Cazenave-Lacrouz, Alexandre Godzinski, Insee Analyses, n° 36, 10 novembre 2017.

<sup>98</sup> Cf. *L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé*, Catherine Pollak, Dossiers Solidarité Santé n° 58, DREES, Janvier 2015.

<sup>99</sup> Cf. rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique (page 234).

En sens inverse, la Cour, s'appuyant sur une étude du courtier en assurance Sofaxis, a constaté en 2016 que l'instauration du jour de carence avait fait baisser les arrêts maladie de courte durée dans la FPT, son abrogation en 2014 semblant avoir eu l'effet inverse<sup>100</sup>.

Cette analyse est corroborée par des exemples concrets. Ainsi, en Charente-Maritime, le nombre des agents du département arrêtés au moins une fois dans l'année qui était de 1 084 en 2011 est tombé à 924 en 2012 et 936 en 2013 avant de fortement remonter à 1 169 en 2014 et 1 234 en 2015<sup>101</sup>. Sofaxis, dans une étude plus récente<sup>102</sup>, conclut que le taux d'absentéisme pour maladie dans les collectivités territoriales s'est stabilisé en 2018 sous l'effet du rétablissement du jour de carence, avec cependant pour contrepartie, une hausse des arrêts longs et de leur durée.

Une analyse en 2018 de l'Institut des politiques publiques dans le cadre d'un contrat de recherche avec la Cour<sup>103</sup>, suggère que l'effet du jour de carence a été de réduire de six points la proportion d'enseignants prenant au moins un CMO la première année de sa mise en œuvre.

D'autre part, contrairement à l'étude de la DREES précitée, une étude conduite par l'Insee<sup>104</sup> montre qu'être couvert par une convention collective a un effet à la hausse significatif sur la fréquence des arrêts, leur longueur et le nombre de jours d'arrêt annuel. Le bénéfice d'une meilleure couverture des jours de carence induit, selon l'Insee, une plus forte probabilité d'arrêt, une durée d'arrêt supérieure et un nombre de jours d'arrêt par an également supérieur.

Les employeurs publics et leurs associations représentatives rencontrés ou interrogés par la Cour se sont déclarés globalement favorables au jour de carence tout en étant partagés sur son efficacité. En revanche, le dispositif est fortement contesté par les organisations syndicales. Outre les travaux de l'Insee et de la DREES qu'elles citent, elles estiment que le présentéisme maladie (cas des agents malades mais pourtant présents à leur poste de travail) est plus fréquent que les arrêts injustifiés. Elles ajoutent que le jour de carence sanctionne tout autant les arrêts justifiés qu'injustifiés.

Au final les études précitées tendent à reconnaître que le jour de carence diminue les arrêts de courte durée dans la fonction publique, conformément à son objectif, même s'il peut en contrepartie allonger la durée des arrêts.

Par ailleurs, sans que ces pratiques soient quantifiables, il ressort de l'enquête de la Cour que, pour limiter l'effet du jour de carence, certains responsables de service accorderaient des congés *a posteriori* au lieu et place d'un congé maladie, à la demande des agents. Par ailleurs, des agents poseraient des jours de congés ou de RTT plutôt qu'un arrêt de courte durée (cela semblant concerner davantage les agents en travail non posté ou de catégorie A pour lesquels cette pratique est plus aisée). Ces pratiques créent une inégalité entre agents. Elles sont, en outre, contraires à la circulaire du 15 février 2018 précitée et limitent l'efficacité du jour de carence.

Aussi, les employeurs publics devraient-ils veiller à les faire cesser.

---

<sup>100</sup> Cf. Cour des comptes, *Les finances publiques locales*, juillet 2016.

<sup>101</sup> Cf. Chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine, *Département de la Charente-Maritime*, Exercices 2011 et suivants, rapport d'observations définitives, septembre 2017.

<sup>102</sup> Cf. *Panorama 2020 Qualité de vie au travail et santé des agents dans les collectivités territoriales*, Sofaxis, novembre 2020. Étude menée auprès de plus de 16 000 collectivités.

<sup>103</sup> Cf. Cour des comptes, *L'éducation prioritaire*, rapport d'évaluation d'une politique publique, octobre 2018.

<sup>104</sup> Cf. *Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ?*, Mohamed Ali Ben Halima (Irdes, CEE), Virginie Hyafil-Solelhac (Insee), Malik Koubi (Insee), Camille Regaert (Irdes), Insee, direction des études et des synthèses économiques, document de travail, mai 2015.

## 2 - La modulation indemnitaire pour limiter le volume des arrêts de courte durée aux justificatifs infondés

Avec le passage à demi-traitement après 90 jours de CMO, le législateur a instauré un dispositif de modulation du traitement susceptible de modérer les arrêts longs, mais dépourvu d'effet potentiel sur les arrêts courts sauf à la marge quand le passage à demi-traitement résulte d'arrêts discontinus.

Par conséquent, à réglementation inchangée, la modulation du traitement des agents publics<sup>105</sup>, aux fins de limiter la durée des arrêts maladie ne peut porter que sur la partie indemnitaire (*i.e.* les primes), soit en moyenne 23,6 %<sup>106</sup> du salaire brut des agents titulaires<sup>107</sup>. Cette option, déjà évoquée par la Cour<sup>108</sup>, a été mise en œuvre avec efficacité en l'Italie (cf. encadré ci-après) conjointement avec des mesures de contrôle.

### La réforme italienne de 2008 portant sur la lutte contre l'absentéisme pour raison de santé des agents publics

En 2007, un employé du secteur public comptabilisait en moyenne 15,1 jours de congé de maladie, soit un taux 30 % plus élevé que dans le secteur privé. En 2008, une réforme initiée par Renato Brunetta, ministre de l'administration publique et de l'innovation de 2008 à 2011, a réduit significativement le taux de compensation salariale et intensifié la surveillance des congés maladie, conduisant à une réduction significative des arrêts de travail<sup>109</sup>.

Jusqu'en juin 2008, le salaire d'un employé du secteur public était compensé à 100 % au cours des neuf premiers mois de maladie. À compter de juin 2008, la réforme réduit le taux de remplacement à environ 80-90 %. De plus, la première absence supérieure à 10 jours et chaque absence ultérieure au cours de l'année civile (quelle que soit la durée) doit être certifiée par un médecin agréé par le système de santé national italien. Auparavant, les congés maladie étaient certifiés par le médecin généraliste de l'employé. Les employés du secteur public sont aussi plus fréquemment contrôlés, tout manquement non justifié aux examens médicaux entraînant des sanctions financières.

La FPE, comme indiqué dans la seconde partie du présent rapport, ne pratique aucune modulation indemnitaire sur les 90 premiers jours d'arrêt lors d'un CMO<sup>110</sup>. D'autre part, le complément indemnitaire annuel (CIA), qui constitue avec l'IFSE<sup>111</sup> l'une des deux indemnités composant le régime indemnitaire RIFSEEP, permet de reconnaître spécifiquement l'engagement professionnel et la manière de servir des agents. Il n'est cependant pas modulé

<sup>105</sup> Seuls les agents titulaires sont concernés, la rémunération des agents contractuels intégrant rarement des primes.

<sup>106</sup> Ce taux comprend également les heures supplémentaires.

<sup>107</sup> Cf. Rapport 2020 sur l'état de la fonction publique (page 179 et suivantes). Le taux est celui de l'année 2018.

<sup>108</sup> Cf. Cour des comptes, *La masse salariale de l'État*, communication à la Commission des finances du Sénat, juillet 2015, page 104.

<sup>109</sup> Voir par exemple, *Absenteeism in the Italian Public Sector: The Effects of Changes in Sick Leave Policy*, Maria de Paola, Vincenzo Scoppa, Valeria Pupo, *Journal of Labor Economics*, 2014, vol. 32, no. 2.

<sup>110</sup> Alors que la quasi-totalité des indemnités est supprimée dès le premier jour d'arrêt en cas de CMO ou de CLD.

<sup>111</sup> IFSE : Indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise.

réglementairement en fonction des absences de l'agent, mais peut l'être en pratique quand un niveau d'absence élevé nuit à sa performance<sup>112</sup>.

La FPH verse, depuis 1967<sup>113</sup>, la prime de service (peu ou prou assimilable à un treizième mois), qui tient compte à la fois de la qualité des services rendus et des journées d'absence maladie. La prime de service comprend deux volets : le premier est calculé en fonction des absences de l'agent (le montant individuel de la prime étant réduit de 1/140<sup>ème</sup> par jour d'absence maladie, sauf AT-MP), le second redistribue l'enveloppe financière constituée par les retenues opérées pour absence en fonction du mérite des agents. Ce mécanisme atténue la refaction pour jours d'absence maladie des agents par ailleurs méritants<sup>114</sup>.

Dans la FPT, une partie des employeurs territoriaux utilisent des dispositifs d'abattement sur le régime indemnitaire ou recourent à des primes d'assiduité. En 2016<sup>115</sup>, sur un échantillon de 49 collectivités contrôlées, la Cour avait pu établir qu'environ la moitié des collectivités contrôlées avaient mis en place un dispositif d'abattement sur le régime indemnitaire. Dans le cadre de la présente enquête, dans l'attente d'une meilleure connaissance statistique des pratiques<sup>116</sup>, les données recueillies, prolongent le constat de la Cour de 2016<sup>117</sup>. Si, dans la FPT, les dispositifs d'abattement indemnitaire n'ont jamais posé de difficultés juridiques<sup>118</sup>, il n'en va pas de même pour les primes d'assiduité. Saisi de la question, le juge administratif a annulé des délibérations instituant de telles primes<sup>119</sup> en vertu du principe de parité<sup>120</sup>. L'instauration du RIFSEEP avait semblé enclencher une inflexion du juge administratif, ce dernier, dans une décision de première instance<sup>121</sup>, ayant considéré que le CIA pouvait être modulé en fonction de l'assiduité des agents. Cette décision a cependant été annulée en appel<sup>122</sup>, toujours au nom du principe de parité.

Au-delà de la régularité de certains dispositifs, une étude de l'association des DRH des grandes collectivités territoriales de 2017<sup>123</sup> a révélé que ce dispositif était jugé « décevant » comme levier de prévention des arrêts maladie par les DRH des collectivités locales. Une

---

<sup>112</sup> Il est rappelé que si le RIFSEEP a vocation à être utilisé par un grand nombre de corps de fonctionnaires, plusieurs corps, ainsi celui des enseignants n'y sont pas éligibles. En outre, la part variable allouée au titre du CIA constitue une part plus ou moins importante du régime indemnitaire des corps utilisant le RIFSEEP.

<sup>113</sup> Cf. arrêté du 24 mars 1967 modifié par l'arrêté du 18 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

<sup>114</sup> Le principe de cette modulation est conservé dans le cadre de la réforme en cours de la prime de service.

<sup>115</sup> Cf. Cour des comptes, *Les finances publiques locales*, juillet 2016.

<sup>116</sup> Au niveau national, la DGCL définit par voie d'arrêté, en concertation avec les partenaires sociaux, la liste des indicateurs devant figurer dans les bilans sociaux que les collectivités territoriales et leurs établissements publics sont tenus d'élaborer tous les deux ans. Un nouvel indicateur spécifique sur le maintien par la collectivité du régime indemnitaire en cas de maladie a été ajouté en 2019.

<sup>117</sup> Selon l'enquête *Horizons 2020* conduite par le CNFPT, 39,5 % des collectivités locales modulent le RIFSEEP, par exemple en cas d'absence.

<sup>118</sup> Cf. Conseil d'État, 12 juillet 2006 N° 274628 ; Conseil d'État, 22 février 2010 N° 311290.

<sup>119</sup> Cf. Cour administrative d'appel (CAA) de Marseille, 6 mars 2013, Commune de Nîmes, Req. N° 10MA02791.

<sup>120</sup> Une telle prime n'existant pas dans la FPE, le principe de parité interdit dès lors de l'instituer dans la FPT.

<sup>121</sup> TA de Cergy-Pontoise, 27 septembre 2018, N° 1804975. Au cas d'espèce, la commune d'Argenteuil avait prévu une part annuelle du CIA « d'un montant maximal de 500 € bruts dédiée à la valorisation de l'assiduité ».

<sup>122</sup> Cf. CAA de Versailles, 31 août 2020, Préfet du Val d'Oise c/ commune d'Argenteuil N° 18VE04033.

<sup>123</sup> Étude de l'association des DRH des grandes collectivités territoriales – *Benchmark absentéisme année 2017*.

enquête conduite en 2019 par la Fédération hospitalière de France (FHF) auprès des directeurs des ressources humaines (DRH) des hôpitaux a montré que si ces derniers<sup>124</sup> étaient attachés au maintien de la règle dite du 140<sup>ème</sup>, cette adhésion, selon la FHF, tenait peut-être cependant moins à son efficacité mal identifiée, qu'au signal négatif qu'aurait signifié son abandon. Pour ce qui est de la FPT, certains interlocuteurs considèrent que l'impact limité de la modulation indemnitaire sur les absences pourrait résulter de la faible proportion de la part indemnitaire dans la rémunération des agents territoriaux.

En outre, il importe, pour tout employeur public, de ne pas construire son dispositif de modulation indemnitaire sur le seul fondement d'une analyse des données d'absentéisme pour maladie et des types d'absences qu'il souhaite réguler ; une telle orientation ne relève pas alors du régime indemnitaire mais passe par une responsabilisation accrue des gestionnaires dont les services connaissent un niveau élevé d'arrêts maladie de courte durée.

Pour les arrêts de moyenne et longue durées, le passage à demi-traitement après 90 jours de CMO peut contribuer à prévenir la désinsertion professionnelle.

Cet effet peut cependant être amoindri par la possibilité qu'ont les agents publics de souscrire des garanties de prévoyance<sup>125</sup> permettant de conserver jusqu'à 100 % du revenu de l'agent, primes incluses, après passage à demi-traitement<sup>126</sup>. Les indemnités versées dans ce cadre étant exonérées d'impôt sur le revenu (IR), car perçues en exécution d'un contrat d'assurance à adhésion facultative<sup>127</sup>, cela peut conduire un agent à percevoir un revenu après impôt supérieur à celui dont il bénéficiait avant le passage à demi-traitement, le supplément étant d'autant plus important que le revenu de l'intéressé est élevé. Dans la FPT, cette occurrence peut être amplifiée si la collectivité a choisi de procéder à une réfaction des primes de l'agent malade, avant passage à demi-traitement. Cet avantage est la contrepartie du fait que les cotisations versées dans ce cadre ne sont pas exonérées d'IR, contrairement aux contrats de groupe à adhésion obligatoire.

L'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique prévoit notamment une participation obligatoire de 50 % des employeurs publics à la « complémentaire santé » de tous les agents publics à partir de 2024 pour l'État, au plus tard en 2026 pour les collectivités locales et les établissements hospitaliers. L'ordonnance institue par ailleurs des contrats de groupe collectifs à adhésion obligatoire, rapprochant secteurs public et privé sur ce point. Le coût net pour les finances publiques sera à terme de l'ordre de 1,4 Md€ selon l'étude d'impact de l'ordonnance, hors prise en compte du traitement fiscal et social des futurs contrats.

Négociant les conditions du contrat de groupe, l'employeur pourra fixer un taux de couverture de nature à limiter les risques de désinsertion professionnelle<sup>128</sup>. Il pourrait aussi refuser que les contrats de groupe collectifs prennent en charge le jour de carence.

---

<sup>124</sup> Sur un total 380 répondants, 99 % déclaraient souhaiter son maintien.

<sup>125</sup> 90 % des agents publics ont une assurance santé complémentaires, 50 % ont une assurance prévoyance.

<sup>126</sup> Dans certains contrats, ce dispositif de maintien de salaire peut être activé pour les pertes de salaires dès le premier jour de CMO, ce qui peut contrarier l'efficacité d'un dispositif de modulation indemnitaire tenant compte des absences. Un tel niveau de garantie présente cependant un coût élevé pour l'agent assuré.

<sup>127</sup> Bulletin Officiel des Finances Publiques-Impôts : BOI-RSA-CHAMP-20-30-20.

<sup>128</sup> L'agent pouvant cependant choisir à ses frais de souscrire une option complémentaire.

## **C - Contrôler pour conforter l'ensemble du dispositif de maîtrise des arrêts maladie**

La circulaire du 31 mars 2017 relative au renforcement de la politique de prévention et de contrôle des absences pour raison de santé dans la fonction publique rappelle que toute absence d'un agent public motivée par une raison de santé doit donner lieu à la production par l'agent d'un certificat médical attestant que son état de santé ne lui permet pas d'exercer temporairement ses fonctions. L'autorité hiérarchique doit, d'autre part, s'assurer que l'agent public placé en congé maladie remplit les conditions pour bénéficier de ce congé et plus précisément les conditions liées à son état de santé. Le respect de ces règles repose sur deux modalités distinctes et complémentaires : tout agent public en arrêt maladie doit transmettre à son employeur, sous peine d'une sanction financière, son arrêt de travail dans le délai de 48 heures (cf. partie II.II.A) pour le détail du dispositif ; tout employeur public peut faire procéder, à tout moment, à une contre-visite médicale par un médecin agréé.

Le droit commun prévoit que les congés maladie de plus de six mois font systématiquement l'objet d'un contrôle. En deçà, c'est à l'employeur de déclencher une contre-visite de l'agent par un médecin agréé (ou le médecin conseil de la CPAM s'il s'agit d'un agent contractuel). Si le médecin agréé conclut à l'aptitude à la reprise des fonctions, l'employeur peut enjoindre l'agent de reprendre son travail, les conclusions du médecin agréé pouvant être contestées par l'agent ou l'administration devant le comité médical compétent.

Au-delà de leur résultat concret, les contre-visites constituent, pour l'employeur, un moyen de montrer aux agents, qu'il s'agisse de ceux en arrêt ou de leurs collègues en activité, qu'il contrôle et ne laisse pas des pratiques abusives prospérer. Ce second aspect est d'autant plus important que l'efficacité des contre-visites reste assez limitée, comme l'illustre le cas de la DAP (cf. encadré ci-dessous).

### **Le contrôle des arrêts maladie au sein de la DAP**

La DAP affiche en matière de contrôle une politique de rigueur qui se traduit depuis 2009 par le recours à un prestataire extérieur pour réaliser des contre-visites au domicile des agents en arrêt maladie. Un bilan dressé en 2017 soulignait la réactivité du prestataire mais des effets limités, puisque les arrêts étaient systématiquement confirmés, pour un coût élevé.

En complément, les services peuvent avoir recours à des médecins agréés que la plupart jugent cependant moins pratiques, car complexes à organiser au cas par cas. À Paris, les établissements pénitentiaires ont pour consigne de solliciter le médecin de prévention lorsque l'absence pour maladie excède 15 jours consécutifs.

La mise en œuvre des contre visites rencontre plusieurs limites : elles sont inopérantes pour les absences perlées car aucune contre visite ne peut être ordonnée avant la réception de l'arrêt ce qui justifierait le jour de carence et / ou la modulation indemnitaire pour ce type d'arrêt, les médecins agréés sont trop peu nombreux et ne se déplacent plus au domicile des

agents<sup>129</sup>, enfin la plupart des contre-visites confirment que l'arrêt délivré par le médecin prescripteur est justifié.

En fait la contre-visite a surtout une vertu préventive des prolongations d'arrêt, le médecin indiquant que la personne est apte à reprendre à l'issue de celui-ci, et dissuasive de certaines pratiques.

Ce contexte contribue à expliquer que les contrôles diligentés soient peu nombreux. Un département comme celui de la Seine-Maritime, qui connaît un absentéisme pour raison de santé élevé, n'a fait procéder qu'à 19 contrôles au cours de la période 2014-2018<sup>130</sup>. Pour autant le centre de gestion (CDG) du Rhône et de la métropole de Lyon (cf. encadré ci-après) a lancé une initiative probante de contre-visites médicales. Cette expérience réussie a connu une traduction législative, la LTFP reconnaissant un rôle nouveau des CDG dans le domaine de la médecine agréée de contrôle<sup>131</sup>. Il semble que la professionnalisation induite par le dispositif explique les résultats obtenus.

Ce type d'organisation pourrait être encouragé et les employeurs de la FPE et de la FPH devraient pouvoir y recourir dans un contexte où les CDG sont, par ailleurs, amenés à jouer un rôle de mutualisateur de la médecine de prévention (cf. III.III).

#### **Le dispositif de contrôle des arrêts maladie du CDG du Rhône et de la métropole de Lyon**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, le CDG du Rhône et de la métropole de Lyon propose aux collectivités de son ressort un service de médecine statutaire et de contrôle ayant pour objectif d'évaluer l'aptitude physique à l'embauche des candidats à un recrutement et de contrôler la justification médicale des arrêts de travail des agents. Assurée par un médecin agréé intégré au CDG, cette mission est accessible par convention.

Mobilisant 3 ETP (deux médecins et une assistante), le service de médecine statutaire et de contrôle a effectué, en 2019, 1 993 visites pour le compte de 62 collectivités représentant un total de 33 500 agents. Selon, les données du CDG, 30 % des visites de contrôle ont donné lieu à une reprise immédiate ou à l'issue de l'arrêt.

D'autre part, la plupart des contrats de prévoyance autorisent l'organisme assureur, lors de la demande de prestation ou en cours de service de celle-ci, à diligenter un contrôle médical afin de pouvoir vérifier le droit à prestation et en suspendre le versement le cas échéant<sup>132</sup>.

Une expérimentation conduite de 2010 à 2018, déléguait le contrôle des arrêts maladie de certains agents titulaires aux services de l'assurance maladie. Elle a été abandonnée suite à une évaluation constatant que les modalités de contrôle de l'expérimentation, calées sur celles du régime général d'assurance maladie, ne correspondaient pas aux particularités de la fonction publique et étaient inefficaces contre les absences de courte durée. Ce constat globalement

<sup>129</sup> Effectuer un déplacement entraîne une perte de revenu du médecin, compte tenu du nombre de consultations non effectuées en cabinet.

<sup>130</sup> Cf. Chambre régionale des comptes Normandie, *Département de la Seine-Maritime*, Exercices 2014 à 2018, rapport d'observations définitives, mars 2020.

<sup>131</sup> Cf. article 26-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 issu de LTFP.

<sup>132</sup> Ils précisent le plus souvent que les décisions prises par l'employeur au vu des avis des instances médicales ou par l'organisme de Sécurité sociale ne leur sont pas opposables. Des procédures de conciliation (avec le médecin traitant de l'assuré) et d'arbitrage (recours à un expert désigné par les deux parties) sont en ce cas prévues.

négatif n'exclut pas des appréciations locales positives. Ainsi, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice estime que son faible taux d'absentéisme pour maladie résultait notamment de l'expérimentation des contrôles des arrêts maladie en lien avec la CPAM depuis 2012.

La réforme de la PSC, pourrait constituer, pour les employeurs publics, une opportunité pour faire jouer à leur partenaire prévoyance un rôle dans leur stratégie de contrôle des agents malades.

## **II - Mener des actions de prévention plus cohérentes pour les arrêts de longue et moyenne durées**

Aux termes des articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail, les employeurs publics doivent prendre les mesures de prévention assurant la sécurité et la protection de la santé physique et mentale de leurs agents (A). Outre ces obligations de nature à juguler le volume des arrêts de travail, des actions contre la désinsertion professionnelle peuvent aussi en limiter la durée (B).

### **A - Appliquer et compléter les politiques de santé et de sécurité au travail**

#### **1 - Davantage respecter les obligations, mieux mesurer l'efficacité des actions de prévention**

En matière de santé au travail, les employeurs publics sont soumis à des obligations précises dont une partie est commune avec celles des employeurs privés car reposant sur le code du travail. Des textes réglementaires complètent ces dispositions<sup>133</sup> dont celui qui prévoit le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), outil socle de l'analyse des risques professionnels, base indispensable pour arrêter les mesures de prévention.

Si l'absence de DUERP est sanctionnée pour les employeurs privés, tel n'est pas le cas pour les employeurs publics.

Deux protocoles d'accord, le premier signé en 2009 (accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique du 20 novembre 2009) et le second en 2013 (accord du 22 octobre 2013 sur la prévention des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique), qui s'appliquent aux trois versants de la fonction publique, complètent le dispositif réglementaire<sup>134</sup>. Par ailleurs la circulaire du 28 mai 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique dégage cinq axes décliné en 10 objectifs et 26 mesures. Enfin, une concertation pour

---

<sup>133</sup> Notamment le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique et le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale. De tels décret n'existent pas pour la FPH, laquelle applique les dispositions du code du travail, sauf exception.

<sup>134</sup> L'accord de 2009, qui s'inscrivait dans une volonté de redynamiser la politique de santé et de sécurité dans la fonction publique comportait quinze actions dont la mise en place de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et de services de santé au travail dans l'ensemble de la fonction publique. L'accord-cadre de 2013 a mis en place l'obligation pour chaque employeur public d'élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS.

construire un plan santé travail (PST) dans la fonction publique est en cours, avec pour modèle le PST du secteur privé et pour objectif d'aboutir courant 2021. Ce dernier gagnerait à donner une importance plus grande à l'ergonomie au travail, sujet moins développé dans la fonction publique que dans le secteur privé.

Outre les actions de prévention qu'ils financent sur leur propre budget, les employeurs publics de la FPE peuvent bénéficier des interventions du fonds interministériel pour l'amélioration des conditions de travail (FIACT). Institué en 2018 et doté en 2020 de 1,1 M€, le fonds permet de cofinancer des mesures concrètes d'amélioration des conditions de travail. Dans la FPH et la FPT, les employeurs publics peuvent bénéficier de la part du FNP de la CNRACL d'un accompagnement financier pour des actions de prévention des risques professionnels à dimension collective. Le FNP était doté de 13,3 M€ en 2018. Les employeurs de la FPH bénéficient aussi des CLACT (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail) pilotés par les agences régionales de santé qui permettent, de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail au sein des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux.

#### **Le comité social, nouvelle instance représentative du personnel**

Le CHSCT a pour mission générale de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des agents. La LTFP a fusionné les comités techniques (CT) et les CHSCT en une instance unique : le comité social, sur le modèle de la réforme adoptée en septembre 2017 dans le secteur privé. Cette réorganisation doit permettre « *de remédier à la difficulté d'articulation actuelle des compétences entre les CT et les CHSCT, en particulier en matière de réorganisation de services* ».

Dans la FPE, ces comités prennent le nom de comités sociaux d'administration, dans la FPT de comités sociaux territoriaux et dans la FPH de comités sociaux d'établissement. Dans les administrations territoriales de plus de 200 agents et de l'État de plus de 200 agents, il est prévu la création, au sein des comités sociaux, d'une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (FSSCT). En dessous de ces seuils, si des risques professionnels le justifient, une formation spécialisée pourra être également instituée. Cette nouvelle instance doit reprendre intégralement les compétences du CHSCT actuel.

La prévention des risques professionnels, bien que bénéficiant d'un cadre conceptuel étoffé, connaît des défauts de mise en œuvre, comme l'illustrent les exemples ci-après.

Tout d'abord, selon les données non exhaustives du rapport annuel 2020 sur l'état de la fonction publique, seuls 70 % des services de la FPE disposaient d'un DUERP en 2018, en hausse néanmoins par rapport aux années précédentes où ce taux n'était que de 55 %. Leur taux d'actualisation est de 50 %. Les données relatives à la FPT, issues des bilans sociaux, font ressortir que 35 % des collectivités territoriales couvrant 67 % des agents avaient réalisé un DUERP. Aucune donnée n'est disponible pour la FPH.

La principale raison avancée, par les interlocuteurs rencontrés, pour expliquer les faibles taux de couverture et d'actualisation des DUERP est la lourdeur de l'exercice. L'ANACT<sup>135</sup> estime, pour sa part, que trop d'employeurs publics complexifient la démarche par souci d'exhaustivité, en particulier pour ce qui concerne les RPS, alors même que le cœur du dispositif réside moins dans le DUERP que dans son plan d'actions.

Pour surmonter ces difficultés, la DGAFP a élaboré un « kit » d'outils comprenant un guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la

<sup>135</sup> ANACT : Agence nationale d'amélioration des conditions de travail.

fonction publique, un référentiel de formation dédié ainsi qu'une liste d'indicateurs de diagnostic des RPS.

L'ANACT a par ailleurs, dans le cadre d'une convention de partenariat signée en 2016 avec la DGAFP, réalisé un bilan qualitatif des démarches de prévention des RPS conduites à la suite de l'accord-cadre de 2013. Celui-ci fait ressortir que si l'accord a pu jouer un rôle incitatif, dans la plupart des cas, la démarche en est restée à un simple état des lieux.

Enfin, concernant le plan d'action pluriannuel porté par la circulaire du 28 mai 2017 précitée, la DGAFP indiquaient, début 2021, que, sur les 26 mesures prévues, seules deux mesures étaient mises en œuvre, contre 12 partiellement et 12 non mises en place.

Au total il est manifeste que les employeurs publics ne se sont que très partiellement saisis d'un cadre conceptuel, considéré comme trop large, mais sans pour autant avoir investi le champ des mesures concrètes.

## 2 - L'apport complémentaire des mutuelles pour la prévention du risque santé

Plusieurs grandes structures mutualistes ont développé des actions dans le domaine de la prévention. Parmi elles, la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) a déployé un panel d'interventions très structurées. En pratique, la MGEN interagit avec le MEN en complément des dispositifs existants dans les académies. Ses interventions s'inscrivent dans le cadre d'un accord signé en 2003 et renouvelé pour cinq ans en 2018 qui a créé les Réseaux « PAS », pour Prévention Aide et Suivi et les centres de réadaptation (cf. encadré ci-après).

### **Le dispositif PAS – Prévention, Aide et Suivi et les centres de réadaptation**

L'ensemble des actions concertées du MEN et de la MGEN bénéficie d'une enveloppe budgétaire annuelle d'environ 10 M€ dont 3,6 M€ du MEN.

Co-pilotés par le MEN et la MGEN, les réseaux PAS ont pour objectifs de mettre en œuvre des actions de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail. Ils mettent en œuvre trois types d'actions : un espace d'accueil et d'écoute, des groupes de réflexion thématiques, des actions de formation.

Ils ont profité à 17 208 bénéficiaires participants à 805 actions collectives et / ou bénéficiant des 127 espaces d'accueil et d'écoute, *via* un accompagnement psychologique par téléphone ou en face à face. 5 331 entretiens psychologiques ont été réalisés au bénéfice de 3 349 enseignants. Les 6 centres de réadaptation (cofinancés dans l'enveloppe précitée) ont accompagné 251 personnes vers le retour à l'emploi dans 10 académies.

Le rôle des mutuelles a fait l'objet d'un diagnostic approfondi en 2019<sup>136</sup>. Malgré le cas probant de la MGEN, leur intervention demeure peu articulée avec les objectifs des DRH. Aussi, peu de ministères ont conclu des conventions de prévention en santé avec leurs partenaires mutualistes.

<sup>136</sup> Cf. *Protection sociale complémentaire des agents publics*, IGF, IGA, IGAS, juin 2019.

Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé, la négociation future des contrats de groupe collectifs à adhésion obligatoire gagnerait à intégrer une réflexion préalable sur l'apport des partenaires mutualistes.

## B - Prévenir la désinsertion professionnelle

La prévention de la désinsertion professionnelle consiste à anticiper la perte d'emploi des salariés en arrêt de travail pour des raisons de santé ou des situations de handicap. Elle vise à assurer un retour à l'emploi des salariés concernés dans les meilleures conditions possibles, soit dans leur entreprise, à leur poste de travail ou à un autre poste, soit par une réorientation professionnelle dans un autre secteur d'activité.

### 1 - Mieux utiliser les dispositifs incitatifs au retour au travail, parfois détournés de leur objectif de réinsertion

Deux facteurs sont considérés comme facilitant le retour au travail tant pour les pathologies physiques que psychiques : en premier lieu, des interventions précoces, initiées dans les six premières semaines d'arrêt ; en second lieu, des interventions multidisciplinaires, particulièrement lorsqu'elles intègrent des contacts avec l'employeur et le collectif de travail<sup>137</sup>.

Mis en œuvre en Allemagne et au Pays-Bas, l'accompagnement des salariés en arrêt de travail, qui relève d'obligation légales, y produit des résultats positifs (cf. encadré ci-après).

#### Le suivi des arrêts de travail en Allemagne et aux Pays Bas

Aux **Pays-Bas**, depuis 2002, avant la fin de la 8<sup>ème</sup> semaine d'arrêt, le salarié et l'employeur définissent un plan de retour au travail, le *gate keeper protocol*, soumis à l'agence d'assurance sociale. Lorsqu'elle examine la demande ultérieure du salarié d'une reconnaissance d'invalidité, l'agence peut la rejeter si elle estime insuffisants les efforts de réintégration au travail<sup>138</sup>. Ce protocole serait à l'origine d'une réduction de 43 % des entrées dans le dispositif d'incapacité permanente entre 2001 et 2004, dont le recours était particulièrement élevé au Pays-Bas.

En **Allemagne**, à partir de la 3<sup>ème</sup> semaine d'arrêt, les caisses d'assurance maladie<sup>139</sup> proposent au salarié malade un suivi médical individualisé destiné à rétablir sa capacité de travail. Pour activer ce dispositif, connu sous le terme de *case management*, les Caisses d'assurance maladie doivent obtenir le consentement écrit de l'assuré, lequel peut être révoqué à tout moment par écrit. Ce dispositif, rendu obligatoire en 2015, a engendré une diminution de 9 % du nombre d'arrêts et de 12 % de leur durée<sup>140</sup>.

<sup>137</sup> *Ibid.*

<sup>138</sup> Cf. De Jong, Thio and Bartelings de 2005 (UWV als poortwachter), citée in *Estimating the Effects of Recent Disability Reforms in the Netherlands*, Jan-Marten van Sonsbeek and Raymond Gradus, Tinbergen Institute, 2011.

<sup>139</sup> En Allemagne, les entreprises prennent financièrement en charge les six premières d'arrêt de leur salariés, les caisses d'assurance maladie prenant le relai à compter de la 7<sup>ème</sup> semaine.

<sup>140</sup> Irdes d'après les travaux du *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, (Conseil consultatif pour l'évaluation de l'évolution du système de santé) - 2015.

Dans le contexte français, outre la visite de reprise obligatoire pour les arrêts longs, les employeurs publics ont des pratiques d'accompagnement variables mais qui ne consistent jamais à accompagner l'agent durant son arrêt maladie.

Allant le plus souvent d'un simple entretien de reprise à un dispositif construit d'accompagnement des agents de retour d'une absence longue, comme à l'AP-HP<sup>141</sup>, il s'agit moins de prévenir la désinsertion professionnelle que d'assurer un retour au travail réussi de l'agent. Les agents de la DGFIP bénéficiaires d'un arrêt de plus de 21 jours ou arrêté plus de 90 jours en discontinu reçoivent une proposition d'entretien avec le médecin de prévention, ce qui assure un suivi de l'agent arrêté. Ce suivi reste cependant cantonné à la sphère médicale, sans association du service des ressources humaines ou du chef de service de l'agent.

Par ailleurs se sont développées des alternatives à l'arrêt de travail à temps complet, *via* notamment le temps partiel thérapeutique (TPT)<sup>142</sup> et le fractionnement des congés maladie. Instaurée en 1994 sous forme de « mi-temps thérapeutique » réservé aux situations de retour après un CLM ou un CLD, cette option a été étendue en 2007 aux agents ayant eu plus de six mois consécutifs de congé de maladie. Depuis 2017, un agent peut être en TPT sans condition de durée du congé de maladie et sans avis systématique du comité médical ou de la commission de réforme<sup>143</sup>. L'ordonnance santé-famille autorise désormais l'octroi d'un TPT sans arrêt de travail préalable<sup>144</sup>.

Dans la FPE, un agent placé en TPT perçoit intégralement son traitement indiciaire, l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement. Les primes et indemnités sont, en revanche, versées au *pro rata* de la durée effective de service accomplie. Dans les FPH et FPT, une marge de liberté sur le maintien des primes est ouverte au risque de traiter de façon similaire des agents dans des positions différentes. Ainsi, la commune de Vénissieux ne proratisé pas les primes des agents en TPT alors que ses agents sont en TPT à 50 %.

De façon générale les employeurs publics doivent être rigoureux quant à l'acceptation du TPT et de sa durée (notamment lorsqu'il a pour conséquence d'éviter le passage à demi-traitement), celui-ci devant demeurer un outil thérapeutique et non une modalité d'exercice des fonctions. Cet aspect est d'autant plus important que le TPT interrompt les CMO, CLM et CLD et qu'il est rechargeable à l'issue d'un délai minimal d'un an.

Ces constats justifieraient qu'un bilan de la mise en œuvre du TPT soit effectué.

Récemment, l'ordonnance santé-famille a donné une base légale à l'utilisation fractionnée des droits à CLM et CLD pour suivre des soins médicaux périodiques, ce qui constitue aussi une alternative à l'arrêt de travail à temps plein et au TPT. Créés comme un dispositif temporaire pour répondre à un besoin de maintien dans l'emploi des agents titulaires, ces congés fractionnés s'étaient peu à peu développés pour accompagner les agents soumis sur le long terme à des traitements nécessitant des arrêts de travail réguliers.

---

<sup>141</sup> <sup>141</sup> Cf. Chambre régionale des comptes Ile-de-France, *AP-HP - Enquête sur le personnel infirmier*, Exercices 2011 et suivants, rapport d'observations définitives, novembre 2018.

<sup>142</sup> Pour le TPT, les agents contractuels relèvent des règles du régime général.

<sup>143</sup> Il est accordé après avis concordant du médecin agréé par l'administration. Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé divergent, l'instance médicale compétente est saisie.

<sup>144</sup> Cette possibilité est ouverte aux salariés du régime général depuis 2019, par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Dépourvues de base légale et réglementaire, ces pratiques engendraient, pour les employeurs publics, des difficultés pour décompter les droits conduisant à des pratiques diverses.

## 2 - L'amélioration récente du dispositif de reclassement des agents<sup>145</sup>

Avant de relever d'un dispositif de reclassement, l'agent peut bénéficier d'une adaptation de son poste de travail ou à défaut d'une affectation sur un autre emploi relevant du corps ou du cadre d'emploi auquel il appartient. Dans ce second cas, si le grade d'intégration dans le nouvel emploi est d'un niveau inférieur à celui détenu, l'agent conserve le bénéfice de sa rémunération indiciaire antérieure.

Consacré par la jurisprudence<sup>146</sup>, le droit au reclassement intervient lorsque l'état physique de l'agent ne lui permet plus de remplir les fonctions correspondant aux emplois de son corps, mais qu'il peut exercer d'autres activités. Il n'existe pas de données de synthèse sur le nombre d'agents ayant bénéficié d'une procédure de reclassement<sup>147</sup>. Pour faciliter le reclassement, l'ordonnance du 19 janvier 2017 a institué une période de préparation au reclassement (PPR). L'agent placé en PPR est réputé être en position d'activité, par conséquent, il perçoit son plein traitement, pour une durée maximale d'un an. La PPR est donc un dispositif onéreux pour l'employeur.

Au terme de la PPR, l'agent doit présenter une demande de reclassement, soit par concours ou un examen professionnel soit par détachement. Si tous les interlocuteurs rencontrés considèrent que la PPR améliore *a priori* les chances de reclassement, le dispositif butte sur le fait que les employeurs publics, y compris de grande taille, ont peu de postes à proposer au reclassement<sup>148</sup>. Si la capacité de reclassement d'un employeur dépend de sa taille, elle est aussi fonction de la diversité des métiers en son sein. En effet, les agents déclarés inaptes ne peuvent être reclassés que sur des fonctions moins exposées physiquement ou psychologiquement et exigeant un niveau de qualification similaire.

Une autre difficulté repose sur la faible mobilité des agents. Ainsi, pour ce qui est des régions, alors même que le nombre d'agents techniques des lycées inaptes est en hausse, les possibilités de reclassement sur site sont très limitées et celles au siège sont trop éloignées du domicile de l'agent. D'autre part, ces agents hésitent à accepter un reclassement ou préfèrent le refuser en essayant d'être maintenu dans leurs fonctions en « mode dégradé », voire en surnombre avec l'accord de leurs services. Il s'agit pour eux d'éviter une perte des primes qu'engendre le passage de la filière technique à la filière administrative. Une problématique

---

<sup>145</sup> Les agents contractuels relèvent du dispositif du régime général.

<sup>146</sup> Cf. CE, 2 octobre 2002, *Chambre de commerce et d'industrie de Meurthe-et-Moselle*, n° 227868.

<sup>147</sup> Cf. rapport 2020 sur l'état de la fonction publique « *parmi les agents ayant effectué une mobilité, 51 agents ont intégré la FPE dans le cadre d'un reclassement* ».

<sup>148</sup> Ainsi, par exemple, en 2019, en région Normandie, alors que 20 agents ont été déclarés inaptes à leurs fonctions et 33 déclarés inaptes à toutes fonctions, la région n'a été en mesure de proposer qu'un seul reclassement et huit « repositionnements ». Concernant la région Centre-Val de Loire, chaque année, si entre 5 et 10 agents sont déclarés inaptes à leurs fonctions mais pas à toutes fonctions, en moyenne 4 agents sont réaffectés ou reclassés. Pour la Région Grand Est, en 2019, sur 7 agents déclarés inaptes avec demande de reclassement de la part du comité médical, 4 ont été effectivement reclassés.

similaire se rencontre avec les soignants des hôpitaux. Pour remédier à ces difficultés, l'article 10 de l'ordonnance santé-famille permet le reclassement de l'agent en dehors de son administration d'origine, ce qui élargit les possibilités de reconversion des agents.

Même réussi, un reclassement conduit un agent à changer de fonctions après un processus long et coûteux lié à la dégradation de son état de santé.

Il paraît plus efficace pour l'agent et plus efficient pour l'employeur de développer des parcours de formation permettant de circonscrire les situations d'usure professionnelle. Une telle démarche demande d'établir une cartographie de la pénibilité des métiers. Dans cette optique, les fiches métiers<sup>149</sup> des trois versants de la fonction publique gagneraient à être enrichies d'une rubrique identifiant les risques d'usure prématurée.

### **III - Rendre plus efficace l'intervention des professionnels de santé**

Les médecins occupent une place centrale pour la maîtrise des arrêts de travail. Prenant acte du fait que les médecins, notamment généralistes, peuvent rencontrer des difficultés à évaluer la durée appropriée de l'arrêt, l'Assurance-maladie mène plusieurs initiatives.

Ont été élaborées des fiches repères validées par la Haute autorité de santé (HAS) qui fournissent des durées indicatives d'arrêt pour des situations cliniques particulières ou des pathologies courantes. Une étude réalisée sur la base des arrêts de travail prescrits en ligne entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2018 montre que les fiches ont couvert 48 % des arrêts prescrits correspondant à 35 % de l'ensemble des jours de prescriptions, mais seulement 15 % des dépenses d'indemnisation. Ainsi le périmètre de ces fiches gagnerait à être étendu afin de couvrir la totalité des pathologies courantes ; un tel objectif pourrait, par exemple, être inscrit dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNAM.

Pour impliquer les médecins dans l'enjeu de maîtrise des arrêts de travail, la CNAM déploie des actions de communication générales comme des programmes personnalisés d'accompagnement (PPA)<sup>150</sup>. Pour les médecins qui dépassent la moyenne régionale de prescription, le service médical des CPAM organise, depuis 2016, des entretiens préalables ou d'alerte qui précèdent, le cas échéant, des mesures plus coercitives. Ces entretiens prennent appui sur des fiches qui caractérisent le profil de prescription des médecins concernés par rapport à leurs confrères. Selon la CNAM, 400 médecins ont fait l'objet de tels entretiens dans le cadre de la campagne d'actions 2019-2020 et plus de la moitié des médecins ayant bénéficié d'un entretien ont baissé d'au moins de 20 % leur prescriptions.

En dernier ressort, lorsque les entretiens préalables et d'alerte ne permettent pas de modifier la pratique de prescription d'un médecin, l'Assurance maladie peut conclure avec ce dernier une convention de mise sous objectif (MSO). En cas de refus, le directeur de la CPAM

---

<sup>149</sup> La FPE compte 282 métiers recensés dans le répertoire interministériel des métiers de l'État (RIME), la FPT, compte 350 métiers recensés dans la nomenclature des emplois territoriaux, la FPH compte 190 métiers recensés dans le répertoire de métiers de la FPH.

<sup>150</sup> Ces programmes permettent depuis 2017 aux médecins qui le souhaitent d'obtenir une assistance du service médical de la CPAM pour des cas concrets de leur patientèle.

peut alors conditionner les prescriptions du médecin à une mise sous accord préalable (MSAP) du service médical. Sur la campagne 2018-2019, sur 490 médecins identifiés au plan national comme susceptibles de faire l'objet d'une MSO ou d'une MSAP, 37 ont fait l'objet d'une MSO et 4 d'une MSAP. Le dispositif est donc restreint à un nombre très limité de praticiens.

Au sein de la fonction publique, des initiatives sont actuellement prises pour simplifier le fonctionnement des commissions médicales (A) et rationaliser la médecine de prévention (B), toutes procédures qui déterminent *in fine* le devenir professionnel de l'agent. Il convient d'appuyer ces orientations.

## A - Diminuer les cas de saisine du futur conseil médical

Les instances médicales de la fonction publique ont fait l'objet d'un diagnostic approfondi en 2017<sup>151</sup> confirmant la nécessité de faire évoluer leur intervention, analysée comme complexe et génératrice de lourdeurs et de délais. L'engorgement des instances médicales y est décrit comme résultant essentiellement de la combinaison d'un nombre élevé de dossiers présentés, d'un fonctionnement peu efficace (lié au formalisme des procédures, aux règles de quorum ou encore au recours systématique à des expertises médicales souvent longues à obtenir...) et d'une pénurie de médecins.

Même si ce point est difficile à objectiver faute de données précises<sup>152</sup>, la plupart des interlocuteurs rencontrés dans le cadre de l'enquête ont fait état de dysfonctionnements, en particulier les délais de traitement des dossiers<sup>153</sup> et le caractère parfois difficilement applicable des avis rendus, quand ils ont trait à une réintégration d'un agent assortie de restrictions.

Dans la FPT, le secrétariat des instances médicales, assuré par les CDG pour les collectivités affiliées à titre obligatoire, depuis la loi du 12 mars 2012<sup>154</sup>, a amélioré le fonctionnement de ces instances (avec notamment une très forte réduction du délai moyen de passage en commission), au prix d'une hausse des moyens consacrés<sup>155</sup>. Malgré tout, la pénurie de ressources médicales, les coûts des médecins agréés, le formalisme des instances et l'étendue des cas de saisine limitent les gains d'efficience.

Pour remédier aux difficultés des instances médicales, depuis 2008, des textes successifs ont diminué les cas de saisine. Le décret du 17 novembre 2008<sup>156</sup> a tout d'abord mis fin à l'obligation de saisine de la commission de réforme lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'employeur. Ensuite, l'ordonnance du 19 janvier

---

<sup>151</sup> Cf. *Évaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique, rapport de diagnostic*, IGA, IGAS, IGAENR, mars 2017.

<sup>152</sup> *Ibid.*

<sup>153</sup> Qui peuvent placer l'agent concerné dans une situation difficile, mais aussi l'employeur qui continue à rémunérer en arrêt maladie, l'agent rétabli demeure en arrêt faut d'un avis nécessaire.

<sup>154</sup> Cette mission couvre près de 1,5 million d'agents territoriaux et 88 % des CDG couvrent plus de 76 % des collectivités de leur département, par affiliation ou convention.

<sup>155</sup> Cf. *Évaluation du dispositif des instances médicales de la fonction publique, rapport de diagnostic*, IGA, IGAS, IGAENR, mars 2017.

<sup>156</sup> Cf. décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'État, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière.

2017 a supprimé la saisine du comité médical ou de la commission de réforme pour l'accès à un TPT consécutif à un CMO, un CLM ou un CLD, dès lors que l'avis favorable du médecin traitant est confirmé par un avis concordant du médecin agréé par l'administration. En outre, cette même ordonnance a étendu le principe de l'imputation au service, par présomption, des accidents de service et maladies professionnelles inscrites aux tableaux du code de la sécurité sociale, ce qui vient renforcer les effets du décret du 17 novembre 2008 précité<sup>157</sup>.

L'ordonnance santé famille remplace le comité médical et la commission de réforme, à compter du 1<sup>er</sup> février 2022, par une instance médicale unique, le conseil médical, dont les modalités d'organisation et de fonctionnement seront fixées par un décret pris en Conseil d'État. Cette instance médicale aura compétence, en application des dispositions réglementaires d'application à venir, en matière de congés pour raisons de santé<sup>158</sup> et de Citis.

Il conviendrait de se saisir de cette opportunité pour organiser la réduction des délais de traitement des dossiers, principale critique formulée à l'encontre des instances médicales. Outre les cas de saisine que la DGAFP projette de supprimer, les interventions de la future instance pourraient aussi être recentrées sur les situations de désaccords entre l'administration et son agent. Tout en diminuant *a priori*, le nombre des saisines du conseil médical, cette option offrirait l'avantage de davantage responsabiliser les employeurs.

## **B - Faciliter la mutualisation de la médecine de prévention**

La loi impose la présence d'un service de médecine de prévention dans toutes les administrations et établissements publics. Pour ce faire, certains employeurs recrutent directement un médecin de prévention, d'autres privilégient des conventions avec des services externes (service de santé au travail inter-entreprises ou assimilés) ou des mutualisations (*via* les CDG de la FPT, par exemple). Le meilleur ratio de couverture des agents par un médecin du travail se rencontre dans la FPH.

À l'instar des instances médicales, la médecine de prévention a fait l'objet d'un diagnostic approfondi en 2014<sup>159</sup>. Ce dernier faisait état d'une pénurie vécue mais non précisément mesurée au niveau national dans les trois versants de la fonction publique<sup>160</sup>, celle-ci ne permettant pas toujours de faire respecter les obligations incombant aux employeurs publics et compliquant le déploiement d'une politique de prévention. Pour y remédier, il était notamment préconisé de recentrer les missions du médecin de prévention sur l'expertise médicale dans le cadre de la définition d'une politique de santé au travail.

---

<sup>157</sup> Dont les dispositions ne sont pas toujours appliquées en pratique.

<sup>158</sup> L'article 4 de l'ordonnance du 25 novembre 2020 désigne désormais le CMO, le CLM et le CLD de « congés pour raison de santé » et non plus de « congés maladie »

<sup>159</sup> Cf. *La médecine de prévention dans les trois fonctions publiques*, IGA, IGAS, IGAENR, septembre 2014.

<sup>160</sup> Cf. Édition 2018 de l'Atlas de la démographie médicale édité par le Conseil national de l'ordre des médecins, On dénombre 4 900 médecins du travail en France, généralement âgés, secteurs public et privé confondus. Ce nombre, qui est en baisse, est généralement considéré comme insuffisant y compris dans le secteur privé.

Dans le prolongement de ce rapport, le recrutement de collaborateurs médecins a été autorisé pour l'État<sup>161</sup>, puis cette possibilité a été ouverte aux collectivités territoriales. Pour renforcer la visibilité des postes proposés dans les services de médecine de prévention, la dénomination de « médecin de prévention » a été remplacée par celle de « médecin du travail »<sup>162</sup>, aussi pour disposer d'un vivier unique de professionnels, compétents à la fois dans le secteur public et le secteur privé<sup>163</sup>.

Surtout la fréquence et les modalités de la surveillance médicale ont été modifiées. Pour les agents bénéficiant de la surveillance médicale renforcée, la fréquence minimale des visites est passée d'un an à quatre ans maximum, avec la mise en place d'une visite intermédiaire pouvant être effectuée par un infirmier en santé au travail ou un collaborateur médecin. Les agents qui ne sont pas concernés par la surveillance renforcée bénéficient tous les cinq ans d'une visite d'information et de prévention, cette visite pouvant être réalisée par un infirmier en santé au travail ou un collaborateur médecin dans le cadre d'un protocole écrit.

Ces mesures, si elles tiennent compte des tensions qui affectent les ressources humaines de la médecine de prévention, traduisent une moindre surveillance médicale des agents. Aussi, il importe d'évaluer si les gains pour la médecine de prévention en termes d'allègement des tâches n'engendrent pas une moindre anticipation de la dégradation de l'état de santé des agents.

Pour améliorer la prévention, la LTFP<sup>164</sup> a rendu possible les mutualisations des services de santé entre les trois versants de la fonction publique. La DGAFP, après avoir financé quelques projets de mutualisation, est sur le point de diffuser aux employeurs publics un guide relatif aux mutualisations inter-fonction publiques. Ce dernier, se basant sur des réussites constatées dans les Côtes d'Armor et la Nièvre, promeut un modèle de mutualisation autour des CDG.

D'une manière générale, la mutualisation constitue un moyen efficace de mieux gérer les effectifs par les économies d'échelle qu'elle génère et de partager les expériences au sein des trois versants de la fonction publique.

---

<sup>161</sup> Le médecin est recruté par un service de santé au travail et il s'engage à suivre une formation pendant 4 ans auprès de son université en médecine du travail dans le but d'être qualifié en santé au travail.

<sup>162</sup> L'ordonnance santé-famille est venue compléter cette substitution de terme au niveau législatif.

<sup>163</sup> Cf. articles 25 à 29 du décret du 27 mai 2020.

<sup>164</sup> Cf. article 40 III modifiant l'article 26-1 d la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

---

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

---

*Les absences de courte durée résultant d'arrêts maladie engendrent des difficultés pour assurer la continuité des services publics, notamment dans les services dont la charge de travail est difficilement reportable dans le temps. Pour mieux maîtriser ces arrêts, les employeurs publics peuvent réaliser des actions de prévention primaire, telles la vaccination antigrippale, mais aussi recourir à des incitations financières poussant les agents à modifier leurs comportements. Cette maîtrise implique dans le même temps de davantage responsabiliser les gestionnaires publics de services dont les niveaux d'absences de courte durée sont élevés ou en hausse, ainsi qu'un renforcement des actions de contrôle des arrêts de travail.*

*Les arrêts de moyenne et longue durées sont davantage dommageables pour les agents. Pour les arrêts en lien avec le travail, les employeurs publics sont tenus par le code du travail de prendre les mesures de prévention assurant la sécurité et la protection de la santé physique et mentale de leurs agents. Outre ces obligations qui peuvent circonscrire le volume des arrêts de travail, des actions de prévention de la désinsertion professionnelle peuvent aussi en limiter la durée.*

*Par ailleurs, les médecins occupant une place centrale en matière de maîtrise des arrêts de travail, des actions spécifiques visant à en optimiser l'intervention sont à prévoir.*

*En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :*

*7. pour les arrêts maladie de courte durée :*

- responsabiliser les gestionnaires publics dont les services connaissent des taux anormaux de CMO ;*
- utiliser les possibilités de modulation indemnitaire pour tenir compte de la fréquence des arrêts. (DGAFP, DGCL, DGOS) ;*

*8. améliorer le dispositif de santé au travail des employeurs publics en rationalisant les modalités de saisine des futurs conseils médicaux et l'organisation de la médecine de prévention (DGAFP).*

---



## Liste des abréviations

ANACT.....	Agence nationale d'amélioration des conditions de travail
ASA.....	Autorisation spéciale d'absence
AT-MP .....	Accidents du travail – maladies professionnelles
BDS .....	Base de données sociales
CDD .....	Contrat à durée déterminée
CDG .....	Centre de gestion
CDI.....	Contrat à durée indéterminée
CGM.....	Congé grave maladie
CHSCT.....	Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIA.....	Complément indemnitaire annuel
CISIRH.....	Centre interministériel de services informatiques relatifs aux ressources humaines
Citis .....	Congé pour invalidité temporaire imputable au service
CLM .....	Congé longue maladie
CLD.....	Congé longue durée
CMO.....	Congé de maladie ordinaire
CNRACL.....	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CPAM .....	Caisse primaire d'assurance maladie
CT.....	Comité technique
Dares .....	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGAFP.....	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGCL.....	Direction générale des collectivités locales
DGFIP .....	Direction générale des finances publiques
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soins
DREES .....	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
FIACT .....	Fonds interministériel pour l'amélioration des conditions de travail
FNP .....	Fonds national de prévention
FPE.....	Fonction publique d'État
FPH .....	Fonction publique hospitalière
FPT.....	Fonction publique territoriale
IFSE .....	Indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise
IJSS .....	Indemnités journalières de sécurité sociale
Insee .....	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm.....	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LTFP .....	Loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique
MEFR.....	Ministère de l'économie, des finances et de la relance
MEN.....	Ministère de l'éducation nationale

NBI..... Nouvelle bonification indiciaire  
RH..... Ressources humaines  
RIFSEEP ..... régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions,  
de l'expertise et de l'engagement professionnel  
RPS..... Risques psycho-sociaux  
RTT ..... Réduction du temps de travail  
SFT..... Supplément familial de traitement  
SIRET..... Système d'identification du répertoire des établissements  
SIRH..... Système d'information relatif aux ressources humaines